

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento**  
**Psicológico II**  
**(Psicología Diferencial y del Trabajo)**



**PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTRÉS,  
ANSIEDAD, VARIABLES DE SALUD Y CONCILIACIÓN DE  
LA VIDA LABORAL-FAMILIAR EN TRABAJADORES Y  
TRABAJADORAS**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**Carmen Hurtado de Mendoza Sánchez**

**Bajo la dirección de las doctoras**

**M<sup>a</sup> Lourdes Luceño Moreno  
Marta E. Aparicio García**

**MADRID, 2013**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II

(Psicología Diferencial y del Trabajo)



**PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES,  
ESTRÉS, ANSIEDAD, VARIABLES DE SALUD Y  
CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL-FAMILIAR  
EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS**

**TESIS DOCTORAL**

M<sup>a</sup> Carmen Hurtado de Mendoza Sánchez

Directoras: Dra. M<sup>a</sup> Lourdes Luceño Moreno y Dra. Marta E. Aparicio García

**Madrid, 2013**





**PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES,  
ESTRÉS, ANSIEDAD, VARIABLES DE SALUD Y  
CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL-FAMILIAR  
EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS**

TESIS DOCTORAL DE

**M<sup>a</sup> Carmen Hurtado de Mendoza Sánchez**

DIRIGIDA POR

**M<sup>a</sup> Lourdes Luceño Moreno**

**Marta E. Aparicio García**

Departamento de Personalidad, Evaluación

y Tratamiento Psicológico II

(Psicología Diferencial y del Trabajo)

**Madrid, 2013**



*A todas las personas que en algún momento de su vida, en el trabajo,  
han tenido la sensación de no poder controlar la situación,  
se han encontrado sin recursos y  
han llegado a sentir miedo.*



*“No te quedes estancado, si es que te veo obsesionado,  
con una idea en la cabeza que te limita y no sales de tí,  
telarañas interponen tus sueños al infinito  
y una araña sin querer atrapada  
en la tela que ella misma tejó.....”*



Fragmento canción “La tela de araña”  
Diego Hurtado



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quisiera dedicar un agradecimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense en Madrid, a los componentes del Doctorado de Cognición, Emoción y Estrés, en especial a los que han sido mis profesores o he podido asistir a sus clases, entre los que destaco a algunos: a los Doctores Antonio Cano Vindel, Juan José Miguel Tobal, Itziar Iruarrizaga, M<sup>a</sup> Isabel Casado, Emilio García y Héctor González, y por supuesto a mis compañeros, gracias por los ánimos y apoyos en momentos difíciles. A todos los que también me han ayudado durante mi formación como investigadora, entre ellos a Eduin Cáceres en las búsquedas bibliográficas y a Juan Francisco Díaz al inicio de los análisis con el SPSS. También a diferentes Departamentos de la Facultad.

Un agradecimiento muy especial para mis directoras de tesis, ha sido para mí un gran honor contar con ellas, por una parte a la Dra. M<sup>a</sup> Lourdes Luceño, que ha estado ahí, desde que comencé en el año 2.006 y ha tenido una gran paciencia con mis cambios, campos de investigación, indecisiones y me ha ayudado a reconducir y centrar el motivo final de estudio, con su gran experiencia para analizar los problemas desde el punto de vista estadístico y plasmar los resultados. Por otra parte a la Dra. Marta Aparicio, que conocí en el Congreso Internacional de la Sociedad de Ansiedad y Estrés en Benidorm, y que supe que necesitaba para entender mejor la diferencia entre hombres y mujeres en el trabajo, y por supuesto podía contar con ella y con su gran experiencia en este campo de la investigación. Ambas directoras con grandes conocimientos y con rigor científico. Al Dr. Jesús Martín que está desde el comienzo, cuando mostré mi preocupación por el estrés de los trabajadores y la ansiedad, con el que inicié mi andadura para realizar esta investigación, he podido contar con él en todo momento hasta el final.

A las personas que he conocido en los Congresos, Jornadas, Cursos de Verano, en los que además de los conocimientos adquiridos he aprendido las diferentes maneras de vivir la Psicología y el enganche que produce. En especial los Congresos en los que he participado de modo activo de Ansiedad y Estrés, Inteligencia Emocional y Clínica, en diferentes ciudades de España, también en Croacia y este año



tengo el orgullo de presentar parte de esta investigación en Nueva York en el Congreso de Inteligencia Emocional.

A la Comisión de Emociones y Salud de la SEAS, Sociedad Española de Ansiedad y Estrés, de la que formo parte.

A los trabajadores de distintos sectores que han colaborado de modo voluntario y entendieron la importancia del tema que se trataba.

A mis amigos y/o compañeros que han estado ahí y han escuchado muy atentos los avances y descubrimientos que he ido haciendo y veían mi entusiasmo. Es una suerte haber contado con tantas personas con un apoyo real y sobre todo emocional, entre ellos Chelo, Carmen, Nieves, Pilar, Pepa, Cristina, Mar, Claudia, Lourdes, María, Arantxa, Verónica, Elena, Ana, Ruth, Sagrario, Mabel, Regina, Loreto, Manolo, Pepe, Jesús, José Luis, Blas, José Manuel, Antonio y Fernando. Hay algunos que aún en estos momentos me ayudan a finalizar y me dan ánimos, muchas gracias sobre todo a Eduardo, Susana, Begoña y M.Jesús. También agradezco a mi endocrino, Dr. Alejandro Domingo, que sigue estudiando e investigando en diferentes campos y conoce y se ocupa bastante del bienestar de las mujeres en muchos aspectos y con el que he compartido los hallazgos encontrados en este camino y que se muestra orgulloso de mi trabajo.

Y por último a mi familia, pero en especial y de modo muy entrañable a mi marido Enrique, a mis hijos Nuria y Diego por su gran paciencia y colaboración en esta andadura que no ha finalizado y sobre todo por el enorme cariño que me dan ya que me sirve de aliciente en los momentos complicados y difíciles. También a mi madre, orgullosa de sus hijos aunque no entienda lo que hacemos y a muchos familiares más. Una mención final para mi padre que no ha podido conocer este trabajo pero fue el que me transmitió el espíritu de investigar y conocer el por qué de las cosas.

## INDICE

	Pag.
<b>Resumen</b>	<b>19</b>
<b><u>1ª: PARTE TEÓRICA</u></b>	
<b>Capítulo I: Relación entre riesgos psicosociales, estrés y ansiedad</b>	<b>37</b>
<b>1.1. Riesgos Psicosociales</b>	<b>39</b>
1.1.1. Definición de los riesgos psicosociales	41
1.1.2. Encuestas	42
1.1.2.1. V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo	46
1.1.2.2. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo	49
1.1.2.3. VIII Encuesta de Calidad de vida en el Trabajo	50
1.1.3. Modelos teóricos	54
1.1.4. Evaluación	57
1.1.4.1. Cuestionario de Contenidos del Trabajo	58
1.1.4.2. Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo Recompensa	58
1.1.4.3. Cuestionario de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	60
1.1.4.4. Método ISTAS-21	63
1.1.4.5. Metodología RED-WoNT, Cuestionario RED para la evaluación de Riesgos Psicosociales	66
1.1.4.6. Cuestionario de Estrés Laboral – Job Stress Survey	68
1.1.4.7. Cuestionarios utilizados en España	70
<b>1.2. Estrés y Ansiedad</b>	<b>72</b>
1.2.1. El estrés	73
1.2.1.1. Estrés laboral	78
1.2.1.2. Burnout	79
1.2.2. La ansiedad	83
1.2.2.1. Definición y tipos de ansiedad	83
1.2.2.2. Modelos de ansiedad	85
<b>1.3. Relación Riesgos Psicosociales, ansiedad y estrés</b>	<b>88</b>

<b>Capítulo II: Diferencias en percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad en hombres y mujeres y salud</b>	<b>97</b>
<b>2.1. Introducción: Salud</b>	<b>99</b>
<b>2.2. Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales y estrés entre hombres y mujeres</b>	<b>102</b>
<b>2.3. Diferencias en ansiedad en hombres y mujeres</b>	<b>107</b>
<b>2.4. Influencia en la salud del estrés laboral: Dolencias</b>	<b>111</b>
<b>2.5. Medicamentos</b>	<b>121</b>
<b>2.6. Deporte: Ejercicio Físico</b>	<b>123</b>
<b>2.7. Consumo de tabaco</b>	<b>126</b>
<b>Capítulo III: Conciliación vida laboral y familiar</b>	<b>129</b>
<b>3.1. Género y Trabajo</b>	<b>131</b>
<b>3.2. La situación de las mujeres en la actualidad</b>	<b>136</b>
3.2.1. Sectores y ocupaciones en el trabajo	137
3.2.2. Diferencias en horarios de trabajo	142
3.2.3. Diferencias salariales	146
3.2.4. Roles ejercidos por hombres y mujeres	149
<b>4. A modo de resumen</b>	<b>158</b>

**2ª : PARTE EMPÍRICA**

<b>5. PARTE EMPÍRICA</b>	<b>161</b>
<b>5.1. INTRODUCCIÓN</b>	
5.1.1. Objetivo e Hipótesis	163
<b>5.2. MÉTODO</b>	
5.2.1. Participantes	166
5.2.2. Instrumentos	172
• Datos biográficos del trabajador y variables relacionadas con el trabajo, conciliación y salud	172
• Medida de satisfacción, motivación y percepción de estrés en el trabajo	173
• Medida de Ansiedad:	
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA	174
Cuestionario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo STAI	181
• Medida de Riesgos Psicosociales: Cuestionario DECORE	182
5.2.3. Procedimiento	186
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>187</b>
<b>6.1. Estudio 1. Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés</b>	<b>187</b>
6.1.1. Objetivo e Hipótesis 1	
6.1.2. Análisis	187
Matriz de correlaciones	
Ecuación de regresión	
<b>6.2. Estudio 2. Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan</b>	<b>193</b>
6.2.1. Objetivo e Hipótesis 2, 3, 4 y 5	
6.2.2. Análisis	193
Matriz de correlaciones	
ANOVAS	
Análisis discriminante	
Tabla de contingencias y Chi-cuadrado	
<b>6.3. Estudio 3. Conciliación de la vida laboral-familiar</b>	<b>211</b>
6.3.1. Objetivo e Hipótesis 6, 7 y 8	211
6.3.2. Análisis	211
ANOVAS	
Ecuación de Regresión	

<b>7. CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS</b>	219
<b>7.1. Estudio 1.</b> Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés	
Hipótesis 1	219
<b>7.2. Estudio 2.</b> Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan	219
Hipótesis 2 ,3 , 4 y 5	
<b>7.3. Estudio 3.</b> Conciliación vida laboral-familiar	221
Hipótesis 6 , 7 y 8	
<b>8. CONCLUSION FINAL Y DISCUSIÓN</b>	223
<b>9. Índice de Tablas y de Figuras</b>	XIII
<b>10. REFERENCIAS</b>	233
<b>11. APENDICES</b>	298
Cuestionarios utilizados (apéndices A,B,C,D)	299
Tablas resumen estudios realizados (apéndices E,F,G)	309

**Índice de Tablas**

	<i>Parte teórica</i>	
<b>Tabla 1</b>	Algunas encuestas sobre trabajo efectuadas en España	Pag.44
<b>Tabla 2</b>	Encuesta Europea sobre las condiciones del trabajo, 2010: temas tratados	Pag.47
<b>Tabla 3</b>	Porcentaje de trabajadores por sexo, según los ingresos mensuales netos que reciben por su trabajo principal	Pag.52
<b>Tabla 4</b>	Nivel medio de satisfacción de los ocupados con los diferentes aspectos relacionados con la organización y la realización del trabajo y con la formación	Pag.52
<b>Tabla 5</b>	Factores del estrés relacionados con el trabajo y sus dimensiones	Pag.53
<b>Tabla 6</b>	Dimensiones y subdimensiones del Cuestionario de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997)	Pag.61
<b>Tabla 7</b>	Macrofactores del Cuestionario ISTAS-21 y sus dimensiones	Pag.65
<b>Tabla 8</b>	Escalas del Cuestionario RED: estresores, peligros o riesgos psicosociales	Pag.68
<b>Tabla 9</b>	Escalas del Cuestionario RED: consecuencias psicosociales y organizacionales	Pag.68
<b>Tabla 10</b>	Métodos de evaluación de Factores y Riesgos Psicosociales y características, 1-2	Pag.70
<b>Tabla 10 Cont.</b>	Métodos de evaluación Factores y Riesgos Psicosociales, y características, 2-2	Pag.71
<b>Tabla 11</b>	Fisiología del estrés	Pag.77
<b>Tabla 12</b>	Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo	Pag.114
<b>Tabla 12 Cont</b>	Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo (continuación)	Pag.115
<b>Tabla 13</b>	Porcentaje de personas por sexo que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad por dichas personas 2009-2010 cifras en horas y minutos	Pag.144

<b>Tabla 14</b>	Efectos del conflicto trabajo-familia en la salud de los trabajadores, la empresa y la sociedad	Pag.157
	<i>Parte empírica</i>	
<b>Tabla 15</b>	Estado civil por sexo: porcentaje de solteros, casados y casados con/sin hijos	Pag.166
<b>Tabla 16</b>	Tipo de jornada en función del sexo	Pag.170
<b>Tabla 17</b>	Media de horas semanales y años trabajados en función del sexo	Pag.170
<b>Tabla 18</b>	Porcentajes de consumo de medicamentos, tabaco y práctica del deporte en función del sexo	Pag.171
<b>Tabla 19</b>	Nº de situaciones, ítems y puntuaciones en las escalas del Cuestionario ISRA	Pag.179
	ESTUDIO 1 – Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés	
<b>Tabla 20</b>	Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, STAI e ISRA. (N= 260)	Pag.188
<b>Tabla 21</b>	Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente Ansiedad Total ISRA (N= 260)	Pag.191
<b>Tabla 22</b>	Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable Ansiedad Total ISRA (N=260)	Pag.191
<b>Tabla 23</b>	Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente Ansiedad Estado STAI (N= 260)	Pag.192
<b>Tabla 24</b>	Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable Ansiedad Estado STAI (N=260)	Pag.192
	ESTUDIO 2 – Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan	
<b>Tabla 25</b>	Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, STAI e ISRA – grupo de hombres (N = 120)	Pag.194

<b>Tabla 26</b>	Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, STAI e ISRA – grupo de mujeres (N = 140).	Pag.196
<b>Tabla 27</b>	Análisis de varianza del factor sexo para las escalas e índices de riesgo de DECORE	Pag.199
<b>Tabla 28</b>	Media y desviación típica en los riesgos psicosociales para cada grupo y la muestra total	Pag.200
<b>Tabla 29</b>	Resultados del análisis discriminante: variables incluidas en el análisis	Pag.201
<b>Tabla 30</b>	Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica	Pag.201
<b>Tabla 31</b>	Funciones en los centroides de los grupos	Pag.202
<b>Tabla 32</b>	Análisis de varianza del factor sexo para las escalas de Ansiedad del Cuestionario ISRA	Pag.203
<b>Tabla 33</b>	Análisis de varianza del factor sexo para las escalas de Ansiedad del Cuestionario STAI	Pag.203
<b>Tabla 34</b>	Media y desviación típica en Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado para cada grupo y la muestra total	Pag.204
<b>Tabla 35</b>	Resultados del análisis discriminante: variables incluidas en el análisis	Pag.205
<b>Tabla 36</b>	Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica	Pag.205
<b>Tabla 37</b>	Funciones en los centroides de los grupos	Pag.206
<b>Tabla 38</b>	Análisis de varianza del factor sexo para Satisfacción, Percepción de estrés y Motivación	Pag.207
<b>Tabla 39</b>	Tabla de Contingencias y Chi-cuadrado de dolencias últimos doce meses	Pag.208
<b>Tabla 40</b>	Tabla de Contingencias y Chi-cuadrado consumo de medicamentos últimos 2 meses	Pag.209



<b>Tabla 41</b>	Tabla de Contingencias y Chi-cuadrado consumo de tabaco	Pag.210
<b>Tabla 42</b>	Tablas de contingencias y Chi-cuadrado practica de deporte	Pag.210
<b>Tabla 43</b>	ESTUDIO 3 – Conciliación vida laboral-familiar Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en el total de trabajadores (N=260)	Pag.212
<b>Tabla 44</b>	Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en trabajadores solteros sin hijos (N= 121)	Pag.213
<b>Tabla 45</b>	Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en trabajadores casados con hijos (N= 100)	Pag.213
<b>Tabla 46</b>	Análisis de varianza del factor nº de horas dedicadas a tareas de hogar para las dimensiones básicas del Cuestionario DECORE en el grupo total (N= 260)	Pag.215
<b>Tabla 47</b>	Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente nº horas tareas del hogar (N =260)	Pag.216
<b>Tabla 48</b>	Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable nº horas tareas del hogar (N = 260)	Pag.217
<b>Tabla 49</b>	Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente nº de horas trabajo remunerado(N = 260)	Pag.218
<b>Tabla 50</b>	Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable nº de horas del trabajo remunerado (N = 260)	Pag.218
	Apéndice	
<b>Tabla 51</b>	Estudio 1: grupo total, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados	Pag.309
<b>Tabla 52</b>	Estudio 2: grupo de hombres y de mujeres, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados	Pag.310
<b>Tabla 53</b>	Estudio 2 continuación: grupo de hombres y de mujeres, análisis realizados en la investigación y resultados	Pag.311
<b>Tabla 54</b>	Estudio 3 conciliación horas de trabajo remunerado y tareas hogar, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados	Pag.312

**Índice de Figuras**

<i>Parte teórica</i>		
<b>Figura 1</b>	V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo	Pag.46
<b>Figura 2</b>	VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo	Pag.49
<b>Figura 3</b>	VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo	Pag.50
<b>Figura 4</b>	Modelo Demanda-Control Karasek (1979) adaptado	Pag.54
<b>Figura 5</b>	Modelo Desequilibrio Esfuerzo Recompensa (Siegrist, 1996)	Pag.55
<b>Figura 6</b>	Cuestionario de Factores Psicosociales del INSHT, 1977	Pag.60
<b>Figura 7</b>	Manual del Método ISTAS-21	Pag.63
<b>Figura 8</b>	Proceso de estrés para el Modelo RED. Tomado de la Metodología WONT para evaluación y prevención de Riesgos Psicosociales (Salanova, 2005)	Pag.66
<b>Figura 9</b>	Etapas del estrés de acuerdo con Selye	Pag.73
<b>Figura 10</b>	Síndrome de Burnout. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel(1995)	Pag.81
<b>Figura 11</b>	Evolución de la utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España. Datos expresados en ddd (dosis diarias día) 1.000 habitantes y día. Sistema Nacional de Salud	Pag.121
<i>Parte empírica</i>		
<b>Figura 12</b>	Porcentaje de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar en función del sexo	Pag.167
<b>Figura 13</b>	Porcentaje de horas semanales dedicadas al cuidado de los hijos en función del sexo	Pag.167
<b>Figura 14</b>	Porcentaje de los estudios realizados por los participantes	Pag.168
<b>Figura 15</b>	Porcentaje de los estudios realizados por los participantes en función del sexo	Pag.168
<b>Figura 16</b>	Porcentajes de los sectores de actividad de los participantes	Pag.169

- Figura 17** Porcentajes de los sectores de actividad en función del sexo Pag.169
- Figura 18** Porcentaje de dolencias sufridas por los participantes en  
función del sexo Pag. 171
- Figura 19** Ejemplo información Cuestionario DECORE , Demo  
DECORE, Corrección TEA Ediciones Pag.185

## **SUMMARY**

In recent years work-related stress and psychosocial factors are one of the main priorities in occupational health, as declared various institutions such as the International Labour Organization (ILO), the World Health Organization (WHO), the National Institute of Safety and Occupational Health (NIOSH), the European Union (EU) or the European Agency for Health and Safety (OSHA) (Juarez-Garcia, Vera Calzaretta, Gómez Ortiz, Canepa, & Schnall, 2008).

The relationship between psychosocial risks and work-related stress with health has made to increase the importance and recognition given to these issues (Houdmont & Leka, 2010; Näswall, Hellgren, & Sverke, 2008). Furthermore, the verification of the relationship between psychosocial risks and disease is causing a big concern to address these psychosocial risks in the workplace (Luceño, 2005; Luceño & Martin, 2005, Martin, Luceño, Jaén, & Rubio, 2007).

The emergence of psychosocial risks is favored by the working conditions that exist today. The working world has become a very demanding and changing environment in a global world, in which there has been a great technological innovation, with great competitiveness, jobs more mentally, and emotionally demanding, job rotations, more instability and insecurity, greater participation of women and the emergence of more difficulties in reconciling work and family world.

According to the European Survey on Working Conditions (Eurofound, 2012), the job insecurity causes that 16% of workers have anxiety problems, greater cognitive challenges and difficulties to reconcile work and family worlds, finding that only 18% of workers are satisfied with their current situation. According to the Seventh National Survey of Working Conditions (INSHT, 2011), concludes that the demands arising from psychosocial factors have worsened over the past four years.

The level of attention required on the task is higher, the perception of having too much work, feeling overwhelmed, having to work faster or perform multiple

tasks simultaneously. With respect to the health of workers, 86.4% indicate that their health problems have worsened or produced as result of their work (INSHT, 2011).

The result of this situation is that it is more necessary identify, assess and control the working conditions to try to avoid risks to health and safety at work (European Agency for Safety and Health at work [EU-OSHA], 2007). For this reason, this research analyses the psychosocial risks of a group of workers with the aim of evaluate their psychosocial risks and how them affect to the perception of his work.

In chapter one on psychosocial risks, we review some definitions to pass comment on the results of some surveys on the conditions of workers carried out in Europe and Spain. Later, we review the assessment instruments widely distributed as basis for the construction of DECORE Questionnaire (Luceño & Martin, 2008), which we have applied for the measurement of psychosocial risks in our research. Also we develop the concepts of anxiety and stress, and the relationship between psychosocial risks, anxiety and stress.

In chapter two we review the researches concerning to differences between men and women in psychosocial risks, stress, anxiety and health variables (yes/not diseases, use of medicaments, practice of physical exercise and tobacco consumption.

In chapter three we review first the conception of the work, its historical evolving and the division of tasks between men and women. Next, we study how the changes resulting from the incorporation of women to the work have influenced to their current situation, both at work and personal levels. To do so, we address issues such as feminized-masculinized labor sectors, horizontal and vertical segregation in the work, salary differentials, working hours, and finally, the role of men and women.

In the empirical part three studies have been done:

The aim of the *first study* is to assess whether workers exposed to psychosocial risks at work are more likely to suffer from stress and anxiety.

The aim of the *second study* is to check whether there are differences between men and women in psychosocial risk perception, stress and anxiety. Besides, we

evaluate the differences between men and women in the following health variables: diseases, medicament use, exercise and tobacco.

The aim of the *third study* is to investigate the balance between work and family life, according to sex, marital status, having or not having children, and check if the hours spent on household tasks influence the perception of risks.

The research involved 260 workers, 53.8% women and 46.2% men. The mean age of the group is 38.82 years (DT = 10.25). Regarding sex, the average age is similar to the total group, 39.77 years (DT = 10.53) in men and 38.01 years (DT = 9.97) in women. Regarding marital status, 46.5% were single and 53.5% married, of which 71.9% have children. Regarding the educational level, the greater percentage of subjects are college degrees or graduates (74.6%), and it is women who have more college degrees (75%). Workers belong to different sectors, the largest being the financial sector (33%).

The assessment *instruments* used were:

- 1.- Biographical data of the worker, and variables related with his work, conciliation and health.

- 2.- Measure of satisfaction, motivation and perceived stress at work. Each of these variables was evaluated through a mono item scale: "*I am very satisfied with my job*", "*I am very motivated at work*", "*I am very stressed*." The worker had to answer through a continuous scale of 5 points concerning the degree of agreement (from strongly disagree to strongly agree). The range of scores oscillates between 1 and 5, so workers located in 1 will be strongly disagreed with the statement, and those located in 5 will be very much agree. Therefore, it is desirable that the employees are located close to 5 on satisfaction and motivation, and close to 1 in the case of stress.

- 3.-The *DECORE Questionnaire* (Luceño & Martin, 2008), which measures following psychosocial risks:

*Organizational support (AO)*: measures relationships with colleagues and supervisors. The organizational support helps reduce organizational stress and motivate the collaborators.

*Control (C)*: measures to what extent the worker can determine his way of working, task to do, place and, in summary, the decisions that influence and affect the purpose of work itself.

*Cognitive demands (DC)*: are related to "how much" he works (quantity and quality). These are the requirements that are required of the employee for his work.

*Rewards (R)*: refers to the benefits that the employee receives for the contribution to the organization.

Besides, the questionnaire provides information on the following risk combined indices:

*Demand -Reward Imbalance Index (IDR)*: represents the relationship between job demands and the rewards that the worker gets of his effort.

*Demand -Control Imbalance Index (IDC)*: represents the relationship between job demands and the control that the worker has.

*Risk Global Index (IGR)*: takes into account all the scores of the scales of the questionnaire, so it is a global measure of risk. A high score indicates an adverse situation from the point of view of psychosocial risks.

The DECORE questionnaire consists of 44 short items that are answered with a Likert-type scale of five points (*1 = strongly disagree, 5 = strongly agree*), and refer to how the subject perceives psychosocial risks. A "S"normalized score is obtained (Average 50 and standard deviation 20) for each of the scales and risk combined indices. Higher score involves greater psychosocial risk perception, except for Cognitive Demands Scale, which is adverse to the worker as having a high level of demands as a very low level. For each factor and risk combined index, different exposure levels to the risk were specified, these are: *excellent, healthy, alert and emergency* for all dimensions and combined indices of DECORE, except for Cognitive

demands, where exposure levels were: *positive alert, healthy and negative alert*. This questionnaire has high levels of validity and reliability (Luceño, Martin, Rubio & Diaz, 2010).

4. - The *STAI Questionnaire of State-Trait Anxiety* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), which assesses Anxiety State (AE) and Trait Anxiety (AR).

The *State Anxiety* refers to a state or transitory emotional condition of the body, characterized by subjective feelings of tension and apprehension, and consciously perceived; there is also a hyperactivity of the autonomic nervous system. Its intensity, as opposed to the Trait Anxiety, may fluctuate and change over time.

The *Trait Anxiety* refers to the stable anxiety and differentiates the subjects in terms of their general tendency to feel anxiety in front of any situation. The subjects who have tendency to perceive situations as threatening, consequently, raise also their State Anxiety.

The questionnaire consists of 40 questions, the first 20 to measure anxious symptomatology, transient reaction (subscale of state anxiety STAI-E) and the following 20 to measure the presence of anxious symptomatology as persistent trait of anxiety (subscale of trait anxiety STAI-R). It is answered in a Likert type scale of 0-3, from "nothing" to "very much" on State Anxiety (how you feel now) and "almost never" to "almost always" in Trait Anxiety (how you feel in general).

The instrument has suitable indices of validity and reliability.

5. - *Inventory of Situations and Responses of Anxiety-ISRA* (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2007), based on the multidimensional interactive model of the anxiety (Endler & Okada, 1975) and three-dimensional model of Lang (1971).

The approach is interactive: the anxiety reactions are in function of personal characteristics, situational conditions and the person-situation interaction. Therefore, it is seen the interaction between the existing predisposition of the individual (trait) and the characteristics of the situation where the conduct takes place. Besides, the questionnaire is based on a multidimensional model that takes



into account the three response systems: cognitive, physiological and motor for each of the raised situations.

Therefore, from these theories the ISRA Questionnaire is created as a self report which allows get the measurement of general trait of anxiety and the three components given in the anxiety response (cognitive, physiological and motor) as well as specific traits of anxiety in the four situations (assessment, interpersonal, phobic and in everyday life).

The ISRA Questionnaire has a Situation-Response format (S-R) and consists of 224 items, formed by interaction of 22 situations and 24 responses representative of the three response systems. It also includes an open situation that can be described by the subject. The questionnaire is answered according to a frequency scale of 5 points, from 0 "almost never" to 4 "almost always", indicating the frequency of appearance of each of the responses in front of each situation. The subject only will answer the checkboxes in blank.

The following scales are assessed in the questionnaire:

#### *Anxiety Response Systems*

□ *Scale C: Responses of the cognitive system:* the subject must respond to 56 items formed by the interaction of 22 situations and some of the 7 representative responses of the cognitive system. Here we found with thoughts and feelings of worry, fear, and insecurity. etc, definitely, situations that lead the subject to a state of alertness, disquiet or stress. Situations that cause him poor concentration and decision. The subject has the idea that is observed by the people around him, who see how he behaves and they realize his problems and errors.

□ *Scale F: Responses of physiological system:* You must respond to 112 items formed by the interaction of 22 situations and some of the 10 representative responses of the physiological response system. These responses to the 22 situations correspond with the activation index of the Autonomous Nervous System (SNA) and the Sympathetic Nervous System (SNS). The final score is divided by two.

□ Scale M: *Motor responses*: The subject must respond to 56 items formed by the interaction of 22 situations and some of the 7 representative responses of the motor system. These responses can be easily seen by other people because they usually involve an observable motor restlessness. Sometimes these responses involve verbal expression difficulties, such as blocking or stuttering. At other times they are shown with clumsy movements, smoking, eating and / or drinking in excess, escape or avoidance behaviors, hyperactivity, crying, repetitive movements of feet and / or hands, scratching, etc..

*Specific traits or situational areas generative of anxiety*

□ Factor I: *Anxiety in front of evaluation*. It consists of 62 items. It takes into account only the responses to 6 situations (1, 4, 8, 10, 11 and 13) of the 22 raised questions, which are those that involve assessment and assumption of responsibility in the three response systems. Would find situations such as public speaking, make an exam or a test, take a decision or solve a problem, being watched at work, receiving critical or chance of being evaluated negatively, etc..

□ Factor II: *Interpersonal Anxiety*. Interpersonal situations (sexual and social interaction): It consists of 25 items that correspond to 3 situations (7, 15 and 18) of the questionnaire with their responses in the three systems: cognitive, physiological and motor. Included here are situations such as keep an appointment with someone of the opposite sex, be very close to another person or in a intimate sexual situation, participate in a social meeting, meet new people or wait for someone in a crowded place.

□ Factor III: *Phobic Anxiety*. It consists of 47 items that correspond to 4 situations (12, 14, 17 and 19) of the questionnaire with their responses in the three systems: cognitive, physiological and motor. The central element that appears in the situation is a typical phobic stimulus: to travel by plane or boat, crowds and enclosed spaces, high places or deep waters, dentists, injections, watch violent scenes, etc..

□ Factor IV. *Anxiety in front of habitual situations of everyday life*. It consists of 27 items that correspond to 3 situations (5, 21 and 22) of the questionnaire with their

responses in the three systems: cognitive, physiological and motor. Situations are related to the context and habitual daily activities of the subject for nothing in particular, eg bedtime, work studies.

□ *T Total score (trait)*. The total score is obtained by adding the scores of the three response systems (cognitive, physiological and motor) and is what will give us the general level or trait of anxiety of the subject. Before summing all scores, the score in the physiological scale should be divided by two.

The Questionnaire has shown adequate psychometric properties.

In summary, we can conclude that by application of the ISRA questionnaire, eight scores can be obtained relating to the following scales:

- Cognitive Anxiety (C)
- Motor Anxiety (M)
- Physiological Anxiety (F)
- Anxiety of Evaluation (FI)
- Interpersonal Anxiety (FII)
- Phobic Anxiety (FIII)
- Daily Anxiety (FIV)
- Total Anxiety (T)

Regarding *the procedure*, at the beginning of research we contacted with the responsables of the different companies to which we explained the purpose of the research and the possibility that workers to participate on a voluntary and anonymous research on psychosocial risks, stress, anxiety and conciliation. The questionnaires were applied adapting us to the available hours of the employees of each company. At all times, anonymity and confidentiality were guaranteed.

To facilitate understanding of how to fill in the data and avoid errors, questionnaires were handed with a explanatory dossier with detailed information and order to follow to complete the questionnaires. First, should complete the questionnaire with their personal data, work, health. Secondly, data on psychosocial

risks, with DECORE Questionnaire, and finally, fill data on anxiety with the ISRA and STAI questionnaires. Workers could contact at all times with the responsible of research to answer any questions that they may arise. The application time of the questionnaires was approximately one hour. Workers were also given the opportunity to know their results individually and completely confidential, so it he just had to tell us the dossier reference number of his questionnaires.

Here below we describe the hypotheses, analysis and results for each of the studies that we repeat for didactic reasons:

The aim of the *first study* is to assess whether workers exposed to psychosocial risks at work are more likely to suffer from stress and anxiety. For it, the following hypothesis was formulated:

*Hypothesis 1: Psychosocial risks assessed with DECORE predict anxiety and stress in workers.*

To corroborate the hypothesis, two stepwise regression equations were used, using as independent variable the basic dimensions of DECORE, and as dependent variables the Total Anxiety score of the ISRA Questionnaire for the first equation, and the State Anxiety of the STAI Questionnary for the second regression equation. The best equation for predicting total anxiety, assessed with the questionnaire ISRA, is one that uses the variable *Control*, as a predictor, not including therefore the factors: Organizational Support, Cognitive demands and Rewards into the equation. When predicting the state of anxiety of the worker (variable State Anxiety, STAI), the best equation is one that uses the variables *Control and Organizational Support* as predictors, not including therefore the factors: Cognitive Demands and Rewards.

The aim of the *second study* is to check whether there are differences between men and women in the perception of psychosocial risks, stress and anxiety. Besides evaluating the differences between men and women in the following health variables: diseases, medications use, exercise and tobacco.

To corroborate the hypothesis for the second study, different ANOVAS on sex factor were done, taking as dependent variables: the dimensions of the

Questionnaires *DECORE*, *ISRA*, *STAI*, and the variables "*state of satisfaction*", "*perception of the stress*" and "*motivation*". Here below we describe the hypothesis for the second study:

*Hypothesis 2: "The psychosocial risk perception is higher in working women than working men, the differences being statistically significant."*

To corroborate this hypothesis, ie whether there are differences statistically significant between men and women in each factor of *DECORE* Questionnaire and its risk combined indices, we performed an analysis of variance between psychosocial risks and the variable "sex". We also analyzed the effect size, using Cohen's *d* statistic. Besides a discriminant analysis was performed, with the "sex" as dependent variable, and the *DECORE* Questionnaire factors as independent variables. From the results coming from the ANOVA, we conclude that the differences between men and women are statistically significant in the scales "*Control and Reward*", and in all *Combined risk indices*. Women get, in all cases, higher scores than men, so their perception of risk is higher. Cohen's *d* is greater than .20 for all differences of averages which are statistically significant (Cohen, 1992).

Regarding the discriminant equation, the table of variables entered / removed shows that, in the first step, the *Rewards* variable has been included and in the second step, the *Control* variable is introduced, so that finally two of the four dimensions of *DECORE* are included to serve to establish statistically significant differences between men and women. It can be seen that subjects who are men tend to get negative scores on the discriminant function, while subjects who are female tend to get positive scores. Therefore, a score above average on Rewards (low perception of rewards at work) makes it more likely that the subject obtains a positive score, and thus, it fits the pattern of subjects who are women. By opposite, a score below average on Rewards (high perception of rewards at work) makes it more likely that the subject gets a negative score, and thus fit the pattern of subjects who are men.

*Hypothesis 3: Women have higher levels of anxiety than men, being these differences statistically significant.*

To check this hypothesis we performed two ANOVAs of sex factor, one for anxiety scales of ISRA Questionnaire, and another one with the anxiety scales of STAI Questionnaire. We also carried out a discriminant analysis using "sex" as dependent variable, and STAI scores as independent ones. The results show that in all main anxiety scales of ISRA Anxiety Questionnaire, there were statistically significant differences between men and women, women scored higher than men, and therefore have more anxiety. Equally, we see that in variables Trait Anxiety and State Anxiety, assessed with the STAI questionnaire, there were statistically significant differences between men and women: women score higher than men.

Cohen's  $d$  is greater than .20 for all differences of averages which are statistically significant (Cohen, 1992).

The table of variables entered / removed from the discriminant analysis shows a first and only step in which the variable Trait Anxiety is included. Therefore, the Trait Anxiety serves to establish statistically significant differences between men and women. Subjects who are men tend to get negative scores on the discriminant function, while subjects who are women tend to get positive scores. This way, the discriminant function indicates that a score above average on Trait Anxiety (high degree of anxiety) makes the subject more likely to get a positive score, and so, it fits the pattern of women subjects. By opposite, a score below average in Trait Anxiety (low degree of anxiety) makes the subject more likely to get a negative score, and so, it fits the pattern of men subjects.

*Hypothesis 4: Women workers are less satisfied, more stressed and less motivated at work than working men, being these differences statistically significant.*

To check if there are differences between men and women in the variables: satisfaction, perceived stress and motivation, we perform an analysis of variance between these variables and the variable "sex". We also analyzed the effect size using Cohen's  $d$  statistic.

The results show that the satisfaction and motivation at work are higher in men than in women, although these differences between both groups were not statistically significant. Regarding the stress perception at work, the differences are statistically significant, being women who score higher at stress perception. Cohen's  $d$  is greater than .20 for all differences of averages which are statistically significant (Cohen, 1992).

*Hypothesis 5: The studied ailments, medicaments and tobacco consumption, are greater in worker women than in worker men, however, the practice of sport is higher in worker men than in worker women.*

We perform contingency tables, Chi-square test, between the variable "sex" and health-related variables: "ailments" "taking medication" "ever smoked", "currently smoking" and "practice of sport". The aim is to check if there were statistically significant differences between men and women in some of these variables.

The number of women who have ailments (90.72%) is higher than than men (83.33%). The ailment with the highest percentage of cases is headache (53.08%). Women (60.72%) have more headaches in relation to men (44.17%), being these differences statistically significant. These differences were also statistically significant in the case of musculoskeletal disorders, being women (42.14%) who have more pain than men (27.5%).

Regarding to medicaments consumption, women consume more medicaments (61.43%) than men (48.33%), being these differences statistically significant.

On the tobacco consumption, there is a higher percentage of subjects who have sometime smoked (56.9%) versus those who never smoked (43.1%). At present, a lower percentage of subjects smoke (26.2% vs. 73.8%). Women (61.4%) have smoked more than men (51.7%), and currently they also smoke more (26.4%) than men (25.8%), although these differences are not statistically significant.

The aim of the *third study* is to investigate the balance between work and family life, according to sex, marital status, having or not having children, and see if the hours spent on household tasks influence the perception of risk.

The following hypotheses were formulated:

*Hypothesis 6: Single women without children spend more hours than single men without children in paid work and housework; however, married women with children spend less time in paid work and more hours in housework than married men with children.*

To check if there are statistically significant differences between men and women, single workers without children, number of hours spent in housework and in paid work, we performed an analysis of variance between the variables "number of hours spent in housework "and" number of hours devoted to paid work "and the variable "sex". No statistically significant differences between men and women or in the number of hours spent in housework or in the number of hours devoted to paid work, although both women get higher scores than men. Single women devote more hours in paid work than single men.

In order to check whether there are statistically significant differences between married with children men and women, number of hours spent in housework and paid work, we performed an variance analysis between the variables "number of hours spent in housework "and" number of hours devoted to paid work "and the variable "sex".

From the analyze, we conclude that in married workers with children, there are statistically significant differences between men and women in the number of hours spent in housework and devoted in paid work. In this regard, women spend more hours in housework than men, while men devote more time in paid work, however, if we add the mean scores of the hours spent on housework and paid work, in total, married women with children work on average more hours than married men with children.



*Hypothesis 7: Workers who spend more hours in housework receive lower rewards for their work.*

To check if there are statistically significant differences between the variable "number of hours in housework" (given in 4 segments) and the dimensions of DECORE Questionnaire, we performed a variance analysis.

Besides, we perform an *stepwise regression equation* where the *independent variable was the DECORE basic dimensions* and the *dependent variable "number of hours devoted to housework"*, in order to assess if knowing the perception of workers on psychosocial risks, we can predict the hours they devote to housework.

ANOVA results show that there are statistically significant differences only in the dimension *Rewards*, being those who devote more hours to housework who perceive the worst rewards. Although there are no statistically significant differences in the Organizational support and Control dimensions, workers who devote more hours to housework perceive worse organizational support, and less control over their work. In Cognitive demands, not those who spend more hours in housework who perceive greater cognitive demands.

The best regression equation to predict the "number of hours spent in housework" is one that uses the variable *Rewards*, as predictor, not including, therefore, the other factors (Organizational Support, Cognitive demands and Control) into the equation.

*Hypothesis 8: The variable "Cognitive demands" at work is able to predict the number of hours devoted to paid work.*

In order to predict the "number of hours devoted to paid work" using the DECORE Questionnaire dimensions as predictors; we calculated a stepwise regression equation using the method of stepwise variable selection.

As regarding to predict the "number of hours devoted to paid work", the best equation is that uses the Cognitive demands factor, not including, therefore, the factors: Organizational support, Control and Rewards (see Tables 49 and 50).

As *final conclusions* of these studies, we could say that the *lack of control* and *organizational support* predict anxiety in workers. Women have a higher risk perception at work, more anxiety, higher perceived stress, are less satisfied, less motivated, indicate to have more ailments, consume more medicaments. Besides, currently, women smoke more and practice less sport than men.

The dimensions that differ more men and women are in the perception of *Rewards* and *Control* scales. Therefore, when comparing men and women workers, the results show that the factors Control and Rewards are the most widely differ, finding that women perceive lower rewards and less control at their work. In the *three combined risk indices* (Demand-Control Index, Demand-Rewards and Global) risk perception is statistically significant, and higher in women. Moreover, women get higher scores on Organizational support and Cognitive demands, ie, perceive less support from their bosses and colleagues, and more amount of work than men, although these differences were not statistically significant.

There are statistically significant differences between men and women in the perception of stress. Therefore, women have a higher *stress* perception than men. Besides, they are less *motivated* and less *satisfied* at work, although these differences are not statistically significant.

Women workers present more *anxiety* than men workers. In all dimensions of anxiety, measured with both ISRA and STAI questionnaires, women scored higher than men, being these differences statistically significant. The smallest difference occurs in State Anxiety, more related to stress and with the current situation. Regarding to the variable anxiety, assessed with the STAI Questionnaire, the *Trait Anxiety* factor is the best able to differentiate between men and women, being more likely to have low scores for men and high scores for women. Therefore, the difference between men and women in anxiety seems to be more related with personality features than with situations generating anxiety, since the Trait Anxiety variable is the most able to differentiate between men and women, not appearing the State Anxiety Scale in the analysis.

Regarding *health*: there are more workers who have ailments and consume medicaments versus those without. Women have more *ailments* than men, with statistically significant differences in terms of *headaches* and *musculoskeletal disorders*; women also consume more *medicaments* than men as well, being these differences statistically significant also. Moreover, currently women *smoke* more than men, but with little difference. However, in *sport practice*, on average, men practice more sports than women.

Regarding *the work and family life reconciliation*: *Single women without children devote more hours in paid work and housework than men*. However, *married women with children devote less time in paid work and more hours in housework than married men with children*. Moreover, workers who *devote more hours in housework*, which are usually women, *receive lower rewards for their work*, probably because they earn less. Besides, workers who *spend more hours in paid work receive higher cognitive demands at work*.

According to all explained above, it is confirmed the importance of prevention and the establishment of measures to improve the working conditions of workers. By this work has seen the importance of a healthy work environment, and that health is not just the absence of disease but also the physical, mental and social welfare.

## References

- Cohen, J. (1992). *A power primer*. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.  
doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Endler, N. S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 119-129.
- Eurofound, European Foundation for the Improvement of Living and working conditions (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>
- European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2007). *Annual Report 2007*. Bruselas: Autor. Recuperado de [https://osha.europa.eu/en/publications/annual\\_report/2007full](https://osha.europa.eu/en/publications/annual_report/2007full)
- Houdmont, J., & Leka, S. (2010). *Contemporary occupational health psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Autor. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
- Juárez-García, A. , Vera-Calzaretta, A., Gómez Ortiz, V. , Canepa, C. , & Schnall, P.(2008) *.El Modelo Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud: Un Estudio en Tres Países Latinoamericanos*. Trabajo presentado en el 2º foro de las Américas en investigación sobre los factores psicosociales – estrés y salud mental en el trabajo. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México.

- Lang, P. J. (1971). The application of psychological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E Bergin & S.L. Gardfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Willey.
- Luceño, L. (2005). *Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. Construcción y validación del Cuestionario Multidimensional DECORE*. (Tesis doctoral). Madrid: Editorial Complutense.
- Luceño, L., & Martín, J. (2005). Estrés laboral: factores estresantes y adaptación. En J.L. Arco Tirado (Ed.), *Estrés y trabajo: cómo hacerlos compatibles* (pp.45-65). Sevilla: Instituto Andaluz de Administraciones Públicas.
- Luceño, L., & Martín J. (2008). *DECORE. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: Ediciones TEA.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., & Díaz, E. (2010). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3) 237-248.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M., & Rubio, S., (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del Cuestionario Multidimensional DECORE y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Miguel Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2007). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (6 rev. ed.). Madrid: TEA.
- Näswall, K., Hellgren, M., & Sverke, M. (2008). The individual in the changing working life. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

## **PARTE TEÓRICA**



### **CAPÍTULO I.**

#### **RELACIÓN ENTRE RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTRÉS Y ANSIEDAD**

- Riesgos Psicosociales
- Estrés y Ansiedad
- Relación Riesgos Psicosociales, estrés y ansiedad



## **1.1. RIESGOS PSICOSOCIALES**

En los últimos años los factores psicosociales y el estrés laboral son una de las grandes prioridades en salud laboral, según han declarado distintas instituciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), la Unión Europea (UE) o la Agencia Europea de Salud y Seguridad (OSHA) (Juárez-García, Vera Calzaretta, Gómez Ortiz, Canepa, & Schnall, 2008).

La relación existente entre los riesgos psicosociales y el estrés laboral con la salud ha hecho que aumente la importancia y reconocimiento que se le ha dado a estos temas (Houdmont & Leka, 2010; Näswall, Hellgren, & Sverke, 2008). Además, la comprobación de la existencia de relación entre los riesgos psicosociales y enfermedad es lo que hace que exista una gran preocupación por abordar estos riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Luceño, 2005; Luceño & Martín, 2005; Martín, Luceño, Jaén, & Rubio, 2007).

La aparición de riesgos psicosociales se ve favorecida por las condiciones de trabajo que se viven en la actualidad. El mundo del trabajo se ha consolidado como un entorno muy exigente y cambiante dentro de un mundo global, en el que se ha producido una gran innovación tecnológica, con gran competitividad, en el que los trabajos son más exigentes mental y emocionalmente, con rotaciones en los puestos de trabajo, con mayor inestabilidad e inseguridad, con mayor participación de las mujeres y la aparición de más dificultades de conciliación entre el mundo laboral y familiar.

Según la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Eurofound, 2012), la inseguridad en el empleo hace que el 16% de los trabajadores tengan problemas de ansiedad, se producen mayores desafíos cognitivos y es difícil compatibilizar el mundo laboral y familiar, encontrándose que solo el 18% de los trabajadores están satisfecho con su situación. Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2011) se concluye que han empeorado las exigencias derivadas de factores



psicosociales respecto a los cuatro años anteriores. El nivel de atención exigido en la tarea es superior, también la percepción de tener mucho trabajo, sentirse agobiado, tener que trabajar más rápido o realizar varias tareas al mismo tiempo. Por lo que respecta a la salud de los trabajadores, el 86.4% indican que sus problemas de salud se han agravado o se han producido como consecuencia de su trabajo (INSHT, 2011).

El resultado de esta situación es que es más necesario identificar, evaluar y controlar las condiciones de trabajo para intentar evitar riesgos tanto para la salud como para la seguridad en el trabajo (European Agency for Safety and Health at work [EU-OSHA], 2007). Por ese motivo, en esta investigación se analizan los riesgos psicosociales de un grupo de trabajadores con el objetivo de valorar sus riesgos psicosociales y cómo influye en la percepción que tienen de su trabajo.

En esta primera parte del capítulo I relativa a las riesgos psicosociales, revisaremos algunas definiciones para pasar a comentar los resultados de algunas encuestas sobre las condiciones de los trabajadores llevadas a cabo en Europa y España, la V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo (Eurofound, 2012), la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2011) y la VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (INSHT, 2010).

Más adelante revisaremos los instrumentos de evaluación de amplia difusión y que han servido de base para la construcción del Cuestionario DECORE, que hemos aplicado para la medición de riesgos psicosociales en nuestra investigación: el Cuestionario de Contenidos de Trabajo (Karasek, 1985) y el Cuestionario del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996, 1998). También comentaremos cuatro de los cuestionarios que se utilizan en España actualmente, el Cuestionario de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997), el Método ISTAS-21 (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, 2002), la metodología RED-WoNT (Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2006) y Cuestionario de Estrés Laboral- Job Stress Survey (JSS, Spielberger & Vagg, 1999). Y terminaremos con un resumen de los cuestionarios más destacados utilizados en España, en el que se incluyen estos cuatro últimos citados.

### 1.1.1. Definición de los Riesgos Psicosociales

El concepto de riesgos psicosociales en el trabajo es complejo, debido a que se han desarrollado a lo largo de las dos últimas décadas un gran número de definiciones sobre los mismos por parte de diferentes autores y organismos internacionales.

En 1986 la Organización Internacional de Trabajo lo definía como: *"las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia"* (OIT, 1986).

Para Cox y Griffiths (1995) son *"aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores"*.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en el año 1997 los define como: *"aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo"* (INSHT, 1997).

Más tarde el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud se referiría a ellos como: *"aquellas características de las condiciones del trabajo y, sobretudo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que llamamos estrés"* (ISTAS, 2002).

Estas definiciones hacen referencia fundamentalmente al contexto laboral y al contenido del trabajo (Luceño & Martín, 2008), pero en la legislación se habla de riesgos psicosociales haciendo hincapié sobre todo a los daños físicos que afectan a los trabajadores, no tanto a los psicológicos (Luceño, Martín, Rubio, & Jaén, 2008).

Algunos autores señalan que los factores de riesgo psicosocial tienen características propias, como son: que se extienden en el espacio y el tiempo, son de

difícil objetivación, su cobertura legal es escasa, los moderan otros factores, también afectan a los otros riesgos y es difícil intervenir sobre ellos (Moreno & Báez, 2010).

Otros estudios señalan una serie de indicadores que identifican los factores de riesgo psicosocial con la política y filosofía de la organización, la cultura y las relaciones industriales por una parte y dentro del trabajo relacionándolo con las condiciones de empleo, del diseño del puesto y la calidad en el trabajo (Roozeboom, Houtman, & Van den Bossche, 2008).

Estos estudios, se centran en valorar los riesgos psicosociales del trabajador desde el punto de vista más centrado en la empresa, sin abordar explícitamente las características psicológicas del trabajador, lo que ha puesto de manifiesto recientemente un grupo de expertos del Colegio Oficial de Psicólogos y se ha suscrito un convenio con el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el 2008, creando un protocolo para la evaluación de la capacidad laboral, en el Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral, MERCAL (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008). El objetivo principal de la metodología MERCAL es, "oficializar" el concepto global físico-psíquico de la persona en el ámbito del trabajo. En él se incluyen aspectos psicológicos asociados al desarrollo de cualquier actividad laboral. Se valoran 20 medidas agrupadas en tres bloques: *cognitivas* (atención, percepción, razonamiento, carga mental, etc.), *emocionales* (control emocional y relaciones psicosociales) y *físicas* (capacidades: visual, auditiva, etc.). Al analizar un puesto de trabajo hay que tener en cuenta que se desempeña teniendo relación con *datos* (recursos mentales), *personas* (recursos interpersonales) y *objetos* (recursos físicos). Esto permitirá también comparar los requerimientos exigidos con las capacidades de las personas.

### **1.1.2. Encuestas en relación a la situación de los trabajadores**

En la actualidad existen diferentes encuestas que nos dan una referencia del estado de los trabajadores, tanto en Europa como en España.

El principal objetivo de las Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud (Eurofound, 2012; INSHT, 2010) es dar información sobre la percepción que tienen

los trabajadores acerca de la exposición a factores de riesgo laboral. Esta información nos puede servir de ayuda para formular programas de acción que generen cambios, establecer prioridades y evaluar las condiciones de trabajo.

Las primeras encuestas se efectuaron en los años 70 en Europa; y en España la primera la realizó el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en el año 1987. Hasta el año 2012 se han realizado siete ediciones. Los datos de las principales encuestas, incluidas las realizadas por las Comunidades Autónomas, figuran en la tabla 1, que se ha actualizado a partir de los datos de Narocki, Zimmermann, Artazcoz, Gimeno y Benavides (2007).

Tabla 1

*Algunas encuestas sobre trabajo efectuadas en España*

Territorio <sup>a</sup>	Denominación	Entidad Promotora	R <sup>b</sup>	P <sup>c</sup>
Europa 44.000 España 1.008	V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo	Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo y de Vida	2010	2011
España 9.240	VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales del MTAS	2009	2010
España 8.892	VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	2011	2011
Asturias	I Encuesta de Salud Laboral y Condiciones de Trabajo en Asturias	Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales	2004	2006
Canarias	II Encuesta Canaria de Condiciones de Trabajo.	Instituto Canario de Seguridad Laboral	2008	2008
Cantabria 2.088	I Encuesta de Condiciones de Trabajo de Cantabria	Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo	2005	2006
Castilla-León 4.559	II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las Empresas de Castilla y León	Centro de Seguridad y Salud de Castilla y León	2010	2010
Cataluña 3.127	I Encuesta de Condiciones de Trabajo de Cataluña	Dirección General de Relaciones Laborales	2005	2007
Comunidad Valenciana 5.000	II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunidad Valenciana	Fundación de la Comunidad Valencia para la Prevención de Riesgos Laborales	2008	2009
Murcia 1.803	II Encuesta Regional de Condiciones de Trabajo	Instituto de Seguridad y Salud Laboral	2009-10	2010
Navarra 2.985	II Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo	Instituto Navarro de Salud Laboral	2004-5	2006
País Vasco 1110	II Encuesta sobre Salud Laboral y Condiciones de Trabajo en la Comunidad Autónoma de Euskadi	OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales	2007	2008
La Rioja	II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en La Rioja	Instituto Riojano de Salud Laboral	2007	2008

*Nota:* <sup>a</sup> número de entrevistas; <sup>b</sup> año de realización; <sup>c</sup> publicada. Adaptado de Narocki, Zimmermann, Artazcoz, Gimeno, & Benavides (2007) y actualizado.  
*Estudio comparado de las Encuestas sobre Condiciones de Salud y Trabajo (ECTS) realizadas en España*, Observatorio de Salud Laboral.

En este estudio efectuado por el Observatorio de Salud Laboral se han comparado los componentes básicos de todas las encuestas analizadas, el cuestionario, el procedimiento y la técnica utilizada para recoger la información, ya que es muy importante establecer unos criterios técnicos para incrementar la validez y calidad de las encuestas. Entre las dimensiones que contienen se encuentran: las condiciones de empleo, condiciones de trabajo, organización y actividades preventivas, salud y bienestar del trabajador, satisfacción laboral y condiciones de vida. Las preguntas se relacionan con las condiciones de empleo, la organización del trabajo, la salud y las condiciones de vida.

Por ser las más relevantes y tener mayor relación con el estudio vamos a tratar las tres primeras encuestas de la tabla 1 sobre las condiciones de trabajo en Europa y España y sobre la calidad de vida en el trabajo.

### 1.1.2.1. V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo

Esta encuesta fue realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones Laborales y de Vida (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound], 2012) en el año 2010. Se entrevistaron a 44.000 trabajadores de 34 países, con el objetivo de contribuir a un mejor



Figura 1: V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo

empleo en Europa, ya que se consideraba que era necesario conocer las condiciones de los trabajadores, en un momento en el que se están produciendo muchos cambios debidos a la crisis económica, la globalización, el desarrollo de las tecnologías y el envejecimiento de la población.

En la tabla 2, se presentan los temas que se analizan en la Encuesta Europea y el número de ítems que se utilizan para medirlos. Estos datos se analizan en todos los países, teniendo en cuenta el sexo y el tipo de trabajo realizado o la actividad.

Tabla 2

*Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo, 2010: temas tratados*

Contenidos	Nº ítems
Contexto del puesto de trabajo	11
Horario de trabajo	12
Intensidad de trabajo	9
Factores físicos	12
Factores cognitivos	9
Factores psicosociales	7
Salud y bienestar	6
Habilidades, formación y perspectivas profesionales	8
Organización del trabajo	9
Relaciones sociales	5
Satisfacción con el empleo	7
Equilibrio entre trabajo y vida personal, y seguridad económica	7
Violencia, acoso y discriminación	5

*Nota:* Datos tomados de Eurofound, - V Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo 2010

[http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010\\_01\\_02\\_es.htm](http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_01_02_es.htm)

Entre algunos de sus resultados encontramos que aumenta el número de mujeres que desempeñan funciones directivas, en los últimos 20 años, han pasado del 26% del total de directivas en 1991 al 33% en 2010.

La media de *horas semanales* trabajadas continúa en descenso de 40.5 horas en 1991 a 37.5 horas en 2010, este hecho se debe a la disminución de trabajadores con jornadas prolongadas, al aumento de jornadas laborales reducidas (menos de 20 horas), al tiempo acordado en convenios en algunos países y sectores, y sobre todo a la recesión económica de los países. No obstante, trabajan más de 40 horas en España el 22.1% de la población (33.4% hombres y 24.8% mujeres) y en Europa el



33.5% (36.1% hombres y 33.5% mujeres). El 29.7% de las personas encuestadas llevan más de 10 años en la misma Empresa.

Desde 1990 a 2010 la *tasa de empleo* en los hombres se mantiene en un 75% en cambio en la mujer ha aumentado de un 50 al 63%. El trabajo dirigido por mujeres en el sector servicios ha pasado de un 31% al 36% aunque en el sector de la industria es tan solo de un 11%. En educación predominan las mujeres, un 17% frente a un 4% de hombres.

La *inseguridad* en el empleo provoca ansiedad en los trabajadores, lo que hace aumentar el porcentaje de trabajadores que la sufre (de un 14% a un 16%). El 82.8% de los empleados en España indican que se sienten «satisfechos» o «muy satisfechos» en relación a sus condiciones de trabajo, mientras que en Europa es del 83.5%. La satisfacción con el trabajo se puede ver favorecida por: la sensación de estar siendo recompensado (más importante que el propio nivel de ingresos); la sensación de «pertenencia» a la propia organización, cuando el propio trabajador siente que tiene más autonomía y control; la existencia de exigencia intelectual del trabajo pero sin mucha presión o intensidad del mismo; el tener oportunidades de desarrollo en el trabajo, y por último, la satisfacción con el equilibrio entre el trabajo y vida privada.

En la encuesta se refleja que han aumentado los *desafíos cognitivos* que implica el trabajo, ya que el 68% de los trabajadores han aprendido algo nuevo en su trabajo. Sin embargo, para las mujeres han aumentado las *tareas monótonas*, pasando del 40% en el año 95 al 45% en la actualidad. El *ritmo* de trabajo ha ido en aumento en los dos últimos decenios, pero desde el 2005 se ha estabilizado. Este ritmo depende sobre todo de las exigencias del público y de los jefes, que han pasado del 33% al 37%.

En cuanto a la *formación*, el 34% de los trabajadores han recibido formación en los últimos doce meses, según la encuesta. La formación en el puesto de trabajo ha pasado del 24% al 30% desde el año 2005 al 2010. En la actualidad hay más trabajadores que se pagan su formación, ha pasado del 6% al 9%, aspecto positivo pero que también se puede deber a la inseguridad actual que estimula a los trabajadores a tener mayor cualificación.

Cuando trabajan los dos miembros de la pareja, es más difícil mantener el *equilibrio entre la vida laboral y familiar*, solo el 18% de los trabajadores está satisfecho con su situación en este sentido. Los problemas son mayores entre los 30 y 49 años. Las mujeres muestran niveles más bajos de satisfacción, acortan sus jornadas laborales trabajando más a tiempo parcial, evitando así el aumento de conflictos entre su vida personal y laboral.

#### 1.1.2.2. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

La Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2011) se realizó en España a 8.892 trabajadores en su domicilio y nos da información sobre las condiciones de empleo y tipo de trabajo, ambiente físico en el trabajo, condiciones ambientales, condiciones de seguridad, carga física de trabajo, diseño del puesto de trabajo, factores de riesgo psicosocial, tiempo y jornada de trabajo, actividades preventivas y daños a la salud, y la existencia o no de delegado de prevención en la empresa.



Figura 2: VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

Consta de 62 preguntas, agrupando los riesgos psicosociales en tres factores: exigencias del trabajo, grado de autonomía y relaciones sociales en el trabajo. Del apartado *exigencias del trabajo*, el 23.9% de los trabajadores nos indican que tienen mucho trabajo o se sienten agobiados (20.3% en 2007), el 46% debe de trabajar muy rápido (44% en 2007), el 45.3% debe atender varias tareas a la vez (41.2% en 2007) y el 34.9% trabaja con plazos estrictos o muy cortos (33.5% en 2007). Tienen que realizar un trabajo complejo el 20.5% y sus tareas son monótonas para el 43.7%.

Respecto al grado de *autonomía* del 20% al 35% no puede elegir o modificar el método de trabajo, ritmo, orden de la tarea o poner en práctica sus propias ideas. El ritmo de trabajo está condicionado por la atención personal (siete de cada diez trabajadores del sector servicios) y por los plazos de tiempo (siete de cada diez trabajadores de la construcción). En cuanto al *apoyo social y reconocimiento* indican que no reciben ayuda de compañeros, el 7.3% de los trabajadores, ni de sus superiores, el 16.9%; las mujeres perciben menor ayuda y también los mayores de 55 años.

Por lo que respecta al *tiempo y jornada de trabajo*, la media de horas semanales es de 38.5 (1.5 horas más que en 2007), los trabajadores con jornada completa realizan una media de 40.08 horas y los trabajadores con contrato a tiempo parcial 23.05 horas. Tienen jornada partida el 40.2 % de trabajadores. Prolongan la jornada el 13.6% de los trabajadores recibiendo compensación y el 16.7% sin compensación (en el caso de directivos 4 de cada 10).

En cuanto a la *compatibilización del trabajo y compromisos sociales y familiares*, el 22.6% de los trabajadores tiene dificultad para ello; influyen entre otros el tipo de horario, lejanía de la vivienda con el puesto de trabajo y la prolongación de la jornada.

Y por último, en cuanto al *estado de salud*, el 72% padece algún tipo de problema de salud, la mayoría trastornos musculo esqueléticos, el 68% de los hombres y el 76.7% de las mujeres. El 86.4% de los trabajadores indica que su salud se ve perjudicada por el trabajo, sobre todo en cuanto a cansancio, agotamiento, trastornos musculo esqueléticos, estrés, ansiedad o nerviosismo.

### 1.1.2.3. VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo

La última Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (INSHT, 2010) se realizó a lo largo del año 2009, a 9.240 trabajadores Españoles. Esta encuesta proporciona información estadística sobre la calidad de vida en el trabajo de acuerdo a los siguientes parámetros: satisfacción general en el trabajo, con la organización, con la realización del trabajo, con la formación, con diferentes aspectos del contrato de trabajo, con las condiciones de salud, con la seguridad en el trabajo, con las condiciones de trabajo, con la formación académica, con la formación profesional continua, con la movilidad laboral y geográfica y con la conciliación de la vida laboral y familiar. Proporciona datos de los trabajadores segmentados por: edad, nivel de estudios, situación profesional, ocupación, sección de actividad, comunidad autónoma, tamaño de la empresa y municipio.

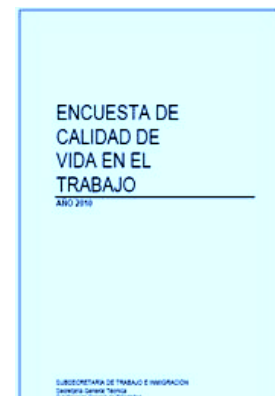


Figura 3: VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo

De los resultados de esta encuesta se destaca que más de siete de cada diez trabajadores (74.4%) están *satisfechos o muy satisfechos* en su trabajo. En una escala de 1 a 10 las *relaciones entre compañeros* se valoran mejor que las relaciones con los jefes: 7 y 6 respectivamente. Los niveles de *monotonía* en el trabajo se sitúan en 5.1.

Las *ayudas recibidas* por los trabajadores del sector público son mayores que las del sector privado. Se valora más la utilidad de la *formación* que les da la empresa (7) que la formación académica (5). A la hora de cambiar de trabajo, la mejora de sueldo es el aspecto que más influye en los trabajadores, seguido de la mejora en el horario y aumento de estabilidad.

En cuanto al *estrés*, la puntuación es de 5.9. Los más jóvenes tienen menos estrés: 16 a 24 años (5.2) y los más estresados son los de 30 a 44 años (6.1). Teniendo en cuenta el nivel de estudios, los universitarios tienen más estrés (6.5) frente a los trabajadores que tienen estudios primarios (4.5). Por actividad, los más estresados son los que se dedican a actividades financieras y seguros (6.5), junto con los que se dedican a actividades sanitarias y servicios sociales (6.3). Los trabajadores menos estresados se dedican a actividades de hogar (4.4) y agricultura o ganadería (5.4).

Por lo que respecta a algunos de los aspectos de la *conciliación de la vida laboral y familiar*, como es el cuidado de los niños menores de 3 años en la jornada laboral, en el caso de los hombres el 36.5% lo realiza el cónyuge o pareja, el 35.5 % familiares o amigos, el 23.5% un servicio especializado y el 4.5% una persona ajena con remuneración. En el caso de las mujeres, el 55.2% lo realiza familiares o amigos, el 26.8% lo hace un servicio especializado, el 10.3% el cónyuge o pareja y el 7.7% una persona ajena con remuneración.

Para finalizar se incluyen dos tablas basadas en la encuesta en las que se destaca la diferencia que aún existe entre el salario de los hombres y de las mujeres (ver tabla 3) y el nivel medio de satisfacción con aspectos relacionados con el trabajo (ver tabla 4).

Tabla 3

*Porcentaje de trabajadores por sexo, según los ingresos mensuales netos que reciben por su trabajo principal*

	Ingresos mensuales en Euros			
	Hasta 600	De 600 a 1200	De 1201 a 2100	Más de 2101
Hombres	4.1	38.2	45.3	12.4
Mujeres	<b>14.3</b>	50.5	28.1	7.2

*Nota:* Adaptado de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2010)

Tabla 4

*Nivel medio de satisfacción de los ocupados con los diferentes aspectos relacionados con la organización y la realización del trabajo y con la formación*

Aspectos del trabajo	Puntuación <sup>a</sup>
Actividad desarrollada	7.8
Desarrollo personal	7.6
Autonomía/Independencia	7.5
Salud y seguridad del puesto	7.4
Motivación	7.2
Valoración superiores	7.2
Organización del trabajo	7.1
Participación tareas	6.9
Formación	6
Posibilidades de promoción	5.2

*Nota:* <sup>a</sup> Puntuación en una escala de 10. Adaptado de la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (INSHT, 2010)

Los factores de estrés que se pueden relacionar con el trabajo estarían en las dimensiones que aparecen en la tabla 5 y que ha resumido Kasl (1991).

Tabla 5  
Factores del estrés relacionados con el trabajo y sus dimensiones

Factores	Dimensiones
1. Aspectos temporales de la jornada laboral y del propio trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) El trabajo por turnos, en particular los turnos rotatorios</li> <li>b) Horas extraordinarias no deseadas o excesivas</li> <li>c) El pluriempleo</li> <li>d) El trabajo a destajo, frente al salario por horas (el mecanismo de pago influye en el ritmo de trabajo)</li> <li>e) Un ritmo rápido de trabajo, especialmente cuando hay que estar muy vigilante</li> <li>f) Tiempo insuficiente para cumplir los plazos fijados.</li> <li>g) La programación de los ciclos de trabajo y de reposo.</li> <li>h) La variación de la carga de trabajo.</li> <li>i) Las interrupciones</li> </ul>
2.Contenido del trabajo (al margen de los aspectos temporales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trabajo fragmentado, repetitivo y monótono, con poca variedad de las tareas o de la aplicación de conocimientos</li> <li>b) Autonomía, independencia, influencia, control</li> <li>c) Utilización de los conocimientos</li> <li>d) Oportunidad de adquirir nuevos conocimientos</li> <li>e) Alerta mental y concentración</li> <li>f) Tareas o exigencias poco claras</li> <li>g) Tareas o exigencias contradictorias</li> <li>h) Recursos insuficientes (en conocimientos, maquinaria o estructura organizativa) para las exigencias o responsabilidades del trabajo</li> </ul>
3. Aspectos interpersonales: trabajo de grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Posibilidades de interacción con los colegas (en el trabajo, en los descansos y después del trabajo)</li> <li>b) Tamaño y cohesión del grupo primario del trabajo</li> <li>c) Reconocimiento por el trabajo realizado</li> <li>d) Apoyo social</li> <li>e) Apoyo instrumental</li> <li>f) Carga de trabajo equitativa</li> <li>g) Acoso</li> </ul>
4.Aspectos interpersonales: supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Participación en la toma de decisiones</li> <li>b) Recibir feedback y reconocimiento del supervisor</li> <li>c) Ofrecer feedback al supervisor</li> <li>d) Cercanía de la supervisión</li> <li>e) Apoyo social</li> <li>f) Apoyo instrumental</li> <li>g) Exigencias poco claras o contradictorias</li> <li>h) Acoso</li> </ul>
5.Condiciones relativas a la empresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tamaño</li> <li>b) Estructura (por ejemplo, una estructura <i>plana</i>, con relativamente pocos niveles en la organización)</li> <li>c) Puesto directivo (frente a puesto en la cadena de producción)</li> <li>d) Trabajo al margen de la empresa</li> <li>e) Prestigio relativo del puesto</li> <li>f) Estructura empresarial poco clara (líneas de responsabilidad, base organizativa que propicia el conflicto de roles y la ambigüedad)</li> <li>g) Burocracia organizativa (administrativa) y procedimientos pesados (irracionales)</li> <li>h) Políticas discriminatorias (por ejemplo, de contratación o de ascensos)</li> </ul>

Nota: Adaptado de Kasl (1991) *Assessing health risk in the work setting*,

### 1.1.3. Modelos teóricos de estudio de Factores Psicosociales

Para estudiar la relación existente entre los factores psicosociales, el estrés y la enfermedad se utilizaron diferentes modelos teóricos. Los más validados son el Modelo Demanda Control (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) y el Modelo del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996, 1998).

El **Modelo Demanda-Control** (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) considera que hay dos características en el trabajo que actúan como principales fuentes de estrés: las demandas laborales y las exigencias psicológicas del trabajo, y el control que tiene el trabajador sobre las mismas.

En este modelo, “el estrés” se identifica con tensión psicológica y “el control” es la variable que modula la transformación del “estrés” en energía para la acción, o en tensión psicológica, cuando es bajo el poder de decisión. Se puede observar esta relación en la figura 4, donde las diagonales A y B representan el eje de tensión y el eje de aprendizaje, respectivamente



Figura 4. Modelo Demanda – Control, Karasek (1979), Adaptación propia

La combinación de unas demandas elevadas con elevado control (eje B) se asocia con motivación, aprendizaje y desarrollo personal. En cambio, si la exigencia psicológica del puesto de trabajo es elevada y el control es escaso (eje A), aparecen

reacciones de tensión psicológica negativas (Luceño & Martín, 2008). Este modelo tiene una estructura bidimensional, que son demanda y control y dan lugar a cuatro situaciones, como se ve en la figura 4 teniendo unas implicaciones directas en el terreno del comportamiento y la salud (Martin-Daza & Pérez-Bilbao, 1997).

Este modelo se amplió más tarde al incorporar una tercera dimensión, el *Apoyo social* (Johnson, 1986; Johnson & Hall, 1988) que hace referencia a la interacción con los compañeros y a las relaciones que se establecen en el trabajo. Se añadió el apoyo social ya que se comprobó que el riesgo de morbilidad y mortalidad, debido a enfermedades de tipo cardiovascular, era mayor en los trabajos caracterizados por elevadas demandas, bajo control y poco apoyo social; en comparación con los trabajos caracterizados por bajas demandas, mucho control y gran apoyo social (Johnson, 1986; Johnson & Hall, 1988, 1994).

En el **Modelo del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa** (Siegrist, 1996, 1998) los intercambios que se producen entre la empresa y el trabajador son evaluados en relación al desequilibrio que se produce entre los *esfuerzos* que el trabajador realiza (costes) y las *recompensas* que obtiene (ganancias), como se ve en la figura 5. Cuando los esfuerzos son elevados y las recompensas bajas se produce una situación de estrés, que mantenida en el tiempo puede derivar en enfermedad, fundamentalmente trastornos cardiovasculares y músculo-esqueléticos.



Figura 5. Modelo del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996)

Por tanto, este modelo predice que el estrés laboral se produce porque existe un desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa obtenida. Siegrist



(1996) señala que el estrés laboral se genera a partir de un elevado esfuerzo, unido a un salario inadecuado y/o una inseguridad laboral y/o bajo apoyo social. Bajo estas condiciones, la autoestima y la autoeficacia del trabajador estarían muy mermadas. En este modelo las recompensas que premian los esfuerzos del trabajador pueden ser de tres tipos: *dinero, estima o seguridad en el trabajo* (Siegrist et al., 2004). Por tanto, cuando se interviene en este modelo hay que centrarse en el aumento de las recompensas de acuerdo a estos tres conceptos (salario, apoyo organizacional y seguridad).

El modelo también integra variables personales, en concreto los trabajadores *sobreprometidos*, que se caracterizan por exponerse a altas demandas o exagerar sus esfuerzos más de lo debido. A ello se une la gran necesidad de aprobación que tienen y como resultado son más vulnerables a la frustración ya que sus expectativas son muy altas, en relación con las recompensas (Siegrist, 1996,1998).

Tanto el Modelo Demanda-Control-Apoyo social como el de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa estudian los siguientes factores: exceso de demandas o exigencias del trabajo, falta de control sobre las mismas y la ausencia de recompensas (Luceño, 2005).

Ambos modelos tienen sus respectivos instrumentos de evaluación, el Cuestionario de Contenidos de Trabajo (Karasek, 1985) y el Cuestionario del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996, 1998), que veremos más adelante y se han utilizado como referencia para la construcción de otros instrumentos de evaluación de los riesgos psicosociales, como por ejemplo, el Cuestionario DECORE (Luceño & Martín, 2008), utilizado en este trabajo.

Ambos modelos explican los trastornos asociados al estrés en el trabajo pero también se deben estudiar los factores extralaborales que se relacionan con el estrés. Ello se aborda sobre todo con el efecto de los acontecimientos vitales estresantes. Por ejemplo, Holmes y Rahe (1967) construyeron una *Escala de Ajuste Social* de 43 ítems en la que recogieron los sucesos vitales más estresantes. Entre los ítems del cuestionario se identifican estresores relacionados con la vida laboral como cambio de tipo o de condiciones de trabajo, despido, y los relacionados indirectamente con el

trabajo como cambio de residencia, cambio de hábitos de sueño o alimentación. El Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos (United States Department of Health and Human Services [DHHS], 1999) señala que entre los acontecimientos vitales estresantes se encuentran la ruptura de pareja, muerte de un familiar o amigo, dificultades económicas, todos ellos estresores psicosociales en la vida extralaboral adulta. En la actualidad se considera que también habría que incluir la dificultad para la conciliación entre la vida familiar y laboral como un acontecimiento vital estresante (Artazcoz, Escribá-Agüir, & Cortés, 2006).

#### **1.1.4. Evaluación de los riesgos psicosociales**

La evaluación de los riesgos psicosociales forma parte del proceso de evaluación de riesgos que exige la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, siendo su objetivo mejorar la seguridad y salud de los trabajadores.

Existen diferentes instrumentos que se utilizan para medir los riesgos psicosociales en el entorno laboral entre los que se encuentran los cuestionarios, inventarios o escalas, las listas de control, datos administrativos, entrevistas, grupos de discusión y descripción del puesto de trabajo.

Los más utilizados son los cuestionarios, ya que presentan más ventajas que el resto de mediciones: están estandarizados, se obtienen puntuaciones objetivas, se pueden aplicar a un amplio rango de población, resulta más fácil analizar e interpretar los datos al simplificarse los procedimientos informáticos, se ahorra tiempo al evaluar y se facilita la confidencialidad (Padilla, González, & Pérez, 1998; Garaigordobil, 1998).

En nuestra investigación hemos utilizado el Cuestionario DECORE (Luceño & Martín, 2008), que describiremos en el capítulo de instrumentos. En este apartado se describen algunas de las características del Cuestionario de Contenidos del trabajo (Job Content Questionnaire, J.C.Q; Karasek, 1985) y del Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo Recompensa (Effort-Reward Imbalance Questionnaire; Siegrist, 1996, 1998), ya que han servido de referencia para la creación del Cuestionario DECORE. También se incluye información sobre el Cuestionario de Factores Psicosociales del

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997), el Método ISTAS-21 (ISTAS, 2002), el Cuestionario RED para la evaluación de los riesgos psicosociales (Salanova, Llorens, Cifre & Martínez, 2006) y el Cuestionario de Estrés Laboral (JSS, Spielberger & Vagg, 1999) que son los cuestionarios más utilizados en España.

#### **1.1.4.1. Cuestionario de Contenidos del Trabajo** (Job Content Questionnaire, JCQ, Karasek, 1985)

El Cuestionario procede de estudios efectuados con la Encuesta de Calidad del Empleo de la Universidad de Michigan. Está constituido por 49 ítems agrupados en 5 escalas: *control* (18 ítems), *demandas psicológicas* (9 ítems), *apoyo social* (11 ítems), *demandas físicas* (5 ítems), e *inseguridad laboral* (6 ítems). Se basa en el modelo Demanda-Control, el cual es capaz de predecir problemas de salud en los trabajadores (Karasek, 1997, 1998; Karasek & Theorell, 1990; Kristensen, 1996). El grupo que representa la mayor tensión laboral es el de trabajadores que combinan altos valores de demandas y bajos valores de decisión.

En diferentes investigaciones se ha podido comprobar su validez predictiva en relación a las enfermedades crónicas que se relacionan con el estrés (Kasl, 1996; Kristensen, 1995; Theorell & Karasek, 1996). Se ha utilizado en varios países y adaptado a los mismos, como por ejemplo al español, alemán, italiano, francés y japonés. Existe una versión española del Cuestionario (Artazcoz, Cruz, Moncada & Sánchez, 1996) que se aplicó a un grupo de 223 enfermeras, lo que constituye una adaptación del cuestionario original a la población laboral española, aunque teniendo en cuenta que solamente se evalúa un puesto de trabajo con una muestra reducida.

#### **1.1.4.2. Cuestionario del Desequilibrio Esfuerzo Recompensa** (Effort–Reward Imbalance Questionnaire; Siegrist, 1996, 1998).

La versión original del Cuestionario, que fue creado por un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Dinamarca, consta de 46 ítems: 6 relativos a *esfuerzo extrínseco*, que hacen referencia a las demandas del entorno laboral, 11 a

*recompensas* que se agrupan en tres factores: recompensa financiera, aprecio o estima y seguridad laboral, y 29 que evalúan *esfuerzo intrínseco*, o sobrecompromiso que forman la escala de *inmersión* que incluye *necesidad de aprobación, competitividad y hostilidad latente, impaciencia y desproporcionada irritabilidad e imposibilidad de desconectar del trabajo*. La inmersión es un estilo de afrontamiento respecto a las demandas y acaba produciendo frustración, por lo que los sujetos que tienen elevadas puntuaciones en esta dimensión tienen sentimientos negativos ya que perciben altos esfuerzos en su trabajo (Siegrist, 1996).

Se calcula un ratio esfuerzo/recompensa que se utiliza para estimar los efectos en las variables criterio que son los indicadores de enfermedad. La versión abreviada se reduce a 23 ítems. El cuestionario se ha adaptado a la población de varios países entre los que destacamos Estados Unidos, Japón, Francia, Reino Unido, Bélgica, Holanda y España.

Existe una versión española del cuestionario (Macías et al., 2003) está constituida por 23 ítems y la validación del mismo se hizo con una muestra de 298 trabajadores del hospital comarcal de Avilés.

En el cuestionario se incluyen además otras preguntas referentes a cuestiones sociodemográficas e información descriptiva del ambiente laboral.

En los análisis factoriales se obtienen los factores esperados en la escala de recompensas y compromiso pero no en la de esfuerzo extrínseco. Se han encontrado índices mayores de .80 en la fiabilidad de todas las escalas evaluadas a través del *alpha de Cronbach* menos en la escala de esfuerzo extrínseco .63. Para Macías y colaboradores (2003), la versión española, presenta suficiente validez y fiabilidad (evaluada a través del coeficiente de consistencia interna); confirmándose su capacidad discriminatoria, basada en las puntuaciones del test, en los estudios dirigidos a ver las diferencias en relación al sexo, edad y nivel educativo de los trabajadores, aunque estas diferencias no son significativas. Sus resultados son una muestra de la validez del cuestionario. Pero las conclusiones del estudio solo representan al sector hospitalario, por lo que no deberían generalizarse a todos los trabajadores españoles.

#### 1.1.4.3. Cuestionario de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997) Método de evaluación F-PSICO

Este Cuestionario con 75 ítems abarca siete factores psicosociales: carga mental, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición del rol, interés por el trabajador y relaciones personales, que a su vez tienen subdimensiones medidas con un número de ítems que se pueden ver en la tabla 6.



Figura 6: Cuestionario de Factores Psicosociales del INSHT, 1997

Los 7 factores psicosociales que mide son: *carga mental* que se define como el “grado de esfuerzo que debe realizar el trabajador para hacer frente a las demandas de su trabajo”; *autonomía temporal* es la libertad del trabajador sobre la gestión de su tiempo en el trabajo y los descansos; *contenido del trabajo* se refiere a si el trabajo activa ciertas capacidades humanas, es una respuesta a necesidades y expectativas que tiene el trabajador y le permiten un desarrollo psicológico; *supervisión-participación*, la supervisión hace referencia al control que la dirección tiene sobre aspectos del trabajo, los medios de participación nos indica la percepción del trabajador sobre la participación en la toma de decisiones y el grado de la misma; *definición de rol*, por un lado se refiere a la ambigüedad de rol, que tiene que ver con cómo se informa al empleado sobre diferentes aspectos del trabajo y por otro, con qué frecuencia se encuentra ante situaciones que indican que hay conflicto de rol; *interés por el trabajador*, hace referencia a si la preocupación que tienen hacia el trabajador es de carácter personal y a largo plazo, o de carácter instrumental y a corto plazo; y *relaciones personales* que nos darán información sobre la posibilidad que tiene de comunicarse y la calidad de las relaciones personales del trabajador (INSHT, 1997).

Tabla 6

*Dimensiones y subdimensiones del Cuestionario de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997)*

Dimensiones	Subdimensiones	Nº de ítems
Carga mental (CM)	Presión de tiempo y retrasos	3
	Esfuerzo de atención	4
	Fatiga nerviosa	1
	Cantidad y complejidad de la información	2
	Dificultad de la tarea	1
Autonomía temporal (AT)	Posibilidad de abandono momentáneo del trabajo	1
	Distribución de pausas	1
	Determinación del propio trabajo	1
	Variación del ritmo	1
Contenido del trabajo (CT)	Capacidades utilizadas	10
	Repetitividad	1
	Importancia del trabajo	1
	Variedad del trabajo	1
	Trabajo rutinario	1
	Motivación por el trabajo	1
	Importancia del trabajo para otros	4
Supervisión-Participación (SP)	Supervisión	6
	Medios de participación	5
	Grados de participación	6
Definición de rol (DR)	Ambigüedad de rol	7
	Conflictividad de rol	4
Interés por el trabajador (IT)	Promoción	1
	Formación	1
	Medios de información	4
	Estabilidad en el empleo	1
Relaciones personales (RP)	Posibilidad de comunicarse	1
	Calidad de las relaciones	4
	Relaciones de grupo	1

Entre las aplicaciones del método se encuentran evaluar situaciones concretas, localizar fuentes de problemas, diseñar cambios y priorizar situaciones, comparar entre grupos o a un mismo grupo en diferentes momentos.

En este método de evaluación (F-PSICO) se ha efectuado la versión 3.0 (INSHT, 2011) y está disponible en la página web del INSHT. En esta versión a los 7 factores psicosociales (dimensiones) que figuran en la tabla 6 (carga mental, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición de rol, interés por el trabajador, relaciones personales) se han añadido dos nuevos factores, uno relacionado con las *demandas psicológicas*, exigencias emocionales del trabajo, y otro factor relativo al *tiempo de trabajo* que incluye aspectos de la conciliación. De 75 ítems de la versión original pasan a 89 ítems, entre los que se han incluido alguno relacionados con *exposición a conductas violentas*. El tiempo aproximado de aplicación es de 35-40 minutos. Está diseñado para ser administrado de manera informatizada y la aplicación consta de dos partes, *perfil valorativo* (valora si el nivel de media de las puntuaciones del colectivo analizado en cada uno de los factores se encuentra a no en nivel de riesgo adecuado) y *perfil descriptivo* (en este perfil se detalla el porcentaje de elección de cada opción de respuesta, para cada factor, con todos sus ítems).

Se han comprobado las propiedades psicométricas con una muestra de 1.718 trabajadores (Ferrer, Guilera, & Però, 2011), presentando el cuestionario una alta consistencia interna, con un *alfa de Cronbach* de .89 a nivel global. La validez se ha determinado mediante análisis factorial confirmatoria, corroborándose la estructura. En relación a la validez predictiva se han realizado estudios con la Escala General de Satisfacción (War, Cook, & Wall, 1979), encontrándose datos en la dirección adecuada.

#### 1.1.4.4. Método ISTAS-21 (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, 2002)

Es la versión castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) del que ya se ha publicado la 2ª versión (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010). En su elaboración han participado especialistas de distintas instituciones y en 2010 se ha publicado la versión 1.5 que introduce algunas mejoras (Moncada, Llorens, Navarro, & Kristensen, 2005; Moncada & Llorens, 2006).



Figura 7. Manual del Método ISTAS21

Creado para identificar y medir los riesgos psicosociales, consta de 20 dimensiones y también incluye escalas para evaluar la salud en general y el estrés. Para el cálculo de las puntuaciones se emplean diferentes formas: mediana de cada factor, estandarizada de 0 a 100; prevalencia de exposición de personas expuestas a cada uno de los factores, y por último, distribución de frecuencias de las respuestas de todas las preguntas. Las 20 dimensiones de las que consta se enmarcan en los grandes factores que aparecen en la tabla 7.

Los cinco grandes factores del Cuestionario son: (1) *exigencias psicológicas*, que se refieren a ritmo e intensidad de trabajo, exceso de carga laboral, falta de tiempo y conflictividad en las demandas; (2) *trabajo activo y desarrollo de habilidades*, son las dos dimensiones del concepto de control sobre el trabajo (muy importante en relación a la salud), siendo un alto nivel de control en el trabajo la base para el trabajo activo y el aprendizaje (Karasek, 1979); (3) *apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo*, se refieren a que el trabajador tiene posibilidades de relacionarse, tener sentimiento de grupo y se valoren los diferentes roles que se ejercen en el trabajo que pueden no estar muy claros y generar problemas (Eriksen, Tamb, & Knardahl, 2006). Esta dimensión es equivalente a la escala *apoyo social* del modelo Demanda-Control (Jhonson & Hall, 1988). El siguiente factor son (4) *las compensaciones del trabajo*, que se refieren al control de estatus, la estima y el salario (Siegrist, 1996). Por último, la dimensión (5) *doble presencia*, que hace referencia a la necesidad de responder tanto a las demandas del trabajo asalariado como a las del doméstico-familiar, situación que puede afectar a la salud negativamente.



El proceso de evaluación con esta metodología facilita la acción sobre el origen de los riesgos, la localización de los mismos, concreta la problemática e identifica el origen de las exposiciones y medidas preventivas más adecuadas (Moncada & Llorens, 2006).

La validación del cuestionario se efectuó con una muestra de 7.612 trabajadores (Moncada, Llorens, Font, Galtés, & Navarro, 2008) y presenta una consistencia interna, *alfa de Cronbach* que oscila entre .69 para las escalas *exigencias psicológicas cuantitativas, esconder emociones, control sobre los tiempos de trabajo*, y .91 para las escalas *calidad de liderazgo y sentimientos de grupo*. La consistencia de la dimensión *posibilidades de relación social* es baja, .52.

Tabla 7

*Macro factores del Cuestionario ISTAS-21 y sus dimensiones*

Macro factores				
Exigencias psicológicas	Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo	Compensaciones del trabajo	Doble presencia
Dimensiones de los Macro factores				
Cuantitativas	Influencia en el trabajo	Posibilidades de relación social	Inseguridad sobre el futuro	Doble presencia
Emocionales	Posibilidades de desarrollo	Calidad de rol	Estima	
Cognitivas	Control sobre el tiempo de trabajo	Conflicto de rol		
Esconder emociones	Sentido de trabajo	Calidad de liderazgo		
	Compromiso	Previsibilidad		
		Apoyo social de compañeros		
		Apoyo social de supervisores		
		Sentimiento de grupo		

*Nota:* Adaptado de Moreno y Báez (2010)

#### 1.1.4.5. Metodología RED – WoNT- Cuestionario RED para la evaluación de Riesgos Psicosociales (Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2006)

El equipo de investigación WONT (Work and Organizacional Network) de la Universidad Jaume I de Castellón, ha desarrollado la metodología WONT para identificar factores de riesgo psicosocial. La metodología consta de evaluación, intervención y asesoramiento. El Cuestionario evalúa a los trabajadores y a la empresa. Para ello se genera un modelo propio para cada entidad evaluada que se denomina RED (Recursos, Emociones y Demandas Laborales). Es un Cuestionario que se fundamenta en el Modelo de Demandas-Control de Karasek y Theorell (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) y las extensiones posteriores (ej. Salanova, Peiró, & Schaufeli, 2002; Schaufeli & Bakker, 2004). El Modelo Demandas Laborales y Recursos categoriza las condiciones de trabajo en demandas laborales y recursos laborales.

El estrés se entiende en este instrumento como un proceso de interacción entre las demandas del ambiente laboral y los recursos tanto ambientales como individuales para el afrontamiento (figura 8).

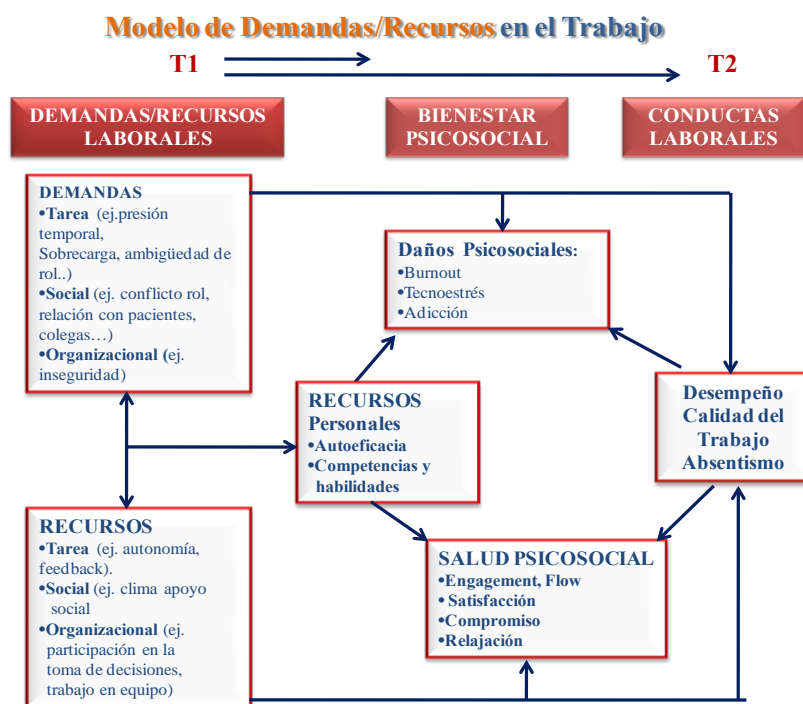


Figura 8: Proceso de estrés para el Modelo RED. Tomado de la Metodología WONT para la evaluación y prevención de los Riesgos Psicosociales (Salanova, 2005).

Como novedad evalúa los resultados negativos como burnout pero también los positivos como engagement, disfrute, satisfacción, etc.

El Cuestionario consta de un autoinforme, al que se le puede incorporar datos administrativos sobre absentismo, calidad organización, etc.

Existe una versión básica del RED, así como diferentes versiones para trabajadores y sectores específicos de actividad.

Contiene 35 escalas y 150 ítems agrupados en cuatro bloques: Datos administrativos, Recursos, Emociones y Demandas laborales. En el primer bloque las respuestas son abiertas y en los otros tres bloques son de tipo Likert con 7 anclajes de respuesta (0 a 6). Se evalúan dos tipos de variables: estresores o riesgos psicosociales y consecuencias psicosociales y organizacionales (tablas 8 y 9).

Hay dos versiones una de lápiz y papel y otra *on line*, el tiempo de cumplimentación está entre 25-35 minutos.

Las Escalas que evalúa el Cuestionario RED con sus índices de fiabilidad se pueden ver en las tablas 8 y 9. Los índices de fiabilidad, alfa de Cronbach, son iguales o superiores a .70, por lo que se consideran buenos indicadores de fiabilidad (Pardo & Ruiz, 2002). En los casos en que las escalas solo tienen dos ítems se ha calculado la Correlación de Pearson (Salanova et al., 2006).

Tiene el inconveniente de ser un proceso largo con gran esfuerzo para la organización ya que además de la administración del Cuestionario existen fases previas para ajustar el cuestionario (grupos, focus group, entrevistas variadas, etc.).

Tabla 8

*Escalas del Cuestionario RED: estresores, peligros o riesgos psicosociales*

Demandas <sup>a</sup>	Recursos Laborales <sup>a</sup>	Recursos Personales <sup>a</sup>
Sobrecarga cuantitativa (.87)	Autonomía (.80)	Autoeficacia (.91)
Sobrecarga emocional (.81)	Feedback <sup>b *</sup>	Eficacia grupo percibida (.86)
Sobrecarga mental (.72)	Calidad organizacional (.70)	Competencias profesionales
Conflicto de rol (.88)	Formación organizacional <sup>b *</sup>	(.82)
Ambigüedad de rol (.86)	Apoyo social <sup>b *</sup>	Competencias emocionales (.85)
Rutina (.89)	Estilo liderazgo (.94)	Competencias mentales (.71)
Mobbing (.80)	Relaciones interpersonales <sup>b *</sup>	
	Trabajo en equipo (.89)	

*Nota:* <sup>a</sup> entre paréntesis alfa de Cronbach; <sup>b \*</sup> son los ítems independientes, no se puede calcular el alfa de Cronbach. (Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2006).

Tabla 9

*Escalas del Cuestionario RED: consecuencias psicosociales y organizacionales*

Daños Psicosociales <sup>a</sup>	Bienestar Psicosocial <sup>a</sup>	Daños Organizacionales <sup>a</sup>
Síntomas psicósomáticos *	Satisfacción y placer (.84)	Absentismo *
Aburrimiento ( $r = .34$ )**	Relajación (.77)	Ineficacia profesional (.83)
Ansiedad (.83)	Emociones positivas (.85)	Falta de compromiso (.74)
Burnout (agotamiento, cinismo, despersonalización) (.80, .87, .85)	Engagement (vinculación psicológica) (.84, .90, .72)	Intención de abandono de la organización (.75)
Adicción al trabajo	Flow (experiencias laborales óptimas) (.81)	
(dependencia psicológica) (.72)		
Tecnoestrés (.93)		

*Nota:* <sup>a</sup> Entre paréntesis alfa de Cronbach; \* son los ítems independientes, no se puede calcular el alfa de Cronbach; \*\*  $r$  = Correlación de Pearson ya que la escala solo tiene dos ítems. (Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2006).

#### 1.1.4.6. Cuestionario de Estrés Laboral – Job Stress Survey (JSS, Spielberber & Vagg, 1999)

El Cuestionario consta de 60 ítems y tiene tres escalas y seis subescalas que evalúan la severidad percibida (intensidad) y la frecuencia con la que el empleado experimenta estrés en 30 situaciones de su vida laboral. El empleado tiene que valorar dos veces las 30 situaciones, una con respecto a la intensidad del malestar o desagrado que le produce estar expuesto a la situación, y una segunda vez, en relación a la frecuencia de aparición en los últimos seis meses. Así, el JSS está formado por tres escalas (frecuencia, severidad e índice) y seis subescalas: índice de presión laboral, presión severidad, presión frecuencia, índice de falta de apoyo

organizacional, falta de apoyo social severidad, y falta de apoyo social frecuencia. Las escalas que hacen referencia al índice, son combinaciones de las escalas severidad y frecuencia.

La distinción que se hace entre intensidad (severidad) y frecuencia para cada una de las situaciones estresoras, está en consonancia con la distinción entre estado y rasgo de ansiedad que efectúa Spielberger (1983,1989).

Las 30 situaciones que mide el Cuestionario hacen referencia a: *asignación de tareas desagradables; hacer horas extras; pocas oportunidades de ascenso; realización de tareas nuevas o poco familiares; mis compañeros de trabajo no realizan sus tareas laborales; bajo apoyo social; resolver los problemas; falta de reconocimiento del trabajo bien hecho; desarrollar tareas de forma distinta a la habitual; poca calidad del equipo de trabajo; incremento de responsabilidades; periodos de inactividad; no llevarse bien con el supervisor; experimentar actitudes negativas con respecto a la organización; insuficiente personal con la experiencia y cargo adecuado; tomar decisiones importantes en el momento; ofensas personales procedentes de los clientes, los consumidores o los compañeros; falta de participación en la toma de decisiones importantes; competencia a la hora de ascender; supervisión pobre o inadecuada; área de trabajo ruidosa; interrupciones frecuentes; carga de trabajo muy irregular; excesivo papeleo; reuniones a última hora; insuficiente personal en horas relevantes (por ejemplo, en los desayunos y las comidas); sustituir a otro empleado; baja motivación de los colaboradores; conflictos con otros departamentos.*

Existe una adaptación española efectuada por Ibermutua y TEA Ediciones (Spielberger, Vagg & Catalina, 2010), con baremos en percentiles y puntuaciones S que se han elaborado a partir de una muestra de 11.733 trabajadores de diferentes sectores profesionales.

Entre las aplicaciones se encuentran la evaluación de las fuentes genéricas de estrés laboral, en la población laboral y la duración aproximada para cumplimentar el cuestionario es entre 10 y 15 minutos, pudiéndose efectuar de modo individual o colectivo.

La adaptación española del Cuestionario presenta una elevada consistencia interna en las escalas, con un alfa de Cronbach que va desde .87 a .96.

#### 1.1.4.6. Cuestionarios utilizados en España

Terminamos este apartado de evaluación de los riesgos psicosociales con una tabla resumen, tabla 10, de los cuestionarios más destacados utilizados en España, entre los que se incluyen los ya comentados FPSICO, JSS, ISTAS-21, RED y DECORE.

Tabla 10

*Métodos de evaluación de factores y riesgos psicosociales y características. 1/2*

Cuadro Resumen	FPSICO <sup>a</sup>	PREVENLAB <sup>b</sup>	JSS <sup>c</sup>	INERMAP <sup>d</sup>
Año publicación	1997	1999	1991	2003
Nº Ítems	75	>100	60	Variable
Nº Factores	7	11 facetas	3 escalas	6(26) OFIMAP
Otras variables		Situaciones de malestar, estrategia y cultura		Factores ambientales y ergonómicos
Accesibilidad	Uso libre	Sólo por expertos	Uso libre previa adquisición	Uso libre previa compra
Tiempo cumplimentación	20-30 m.	15-20 m.	10-15 m.	N.C.
Fiabilidad	N=439 alfa	N=550 alfa = 0.73	N=2173 alfa=0.88	N=N.C. alfa=0.92
Validez	N=439 V. Contenido V.Criterial	V.Criterial A.F.Expl.		
Naturaleza	Cuantitativo	Cuantitativo y cualitativo	Cuantitativo	Cuantitativo y cualitativo
Técnicas	Cuestionario	Cuestionario, Entrevista y Sesiones de grupo	Cuestionario	Cuestionario, Entrevista Checklist
Versiones	V.1; V.2.0 Nueva versión		Versión Española en 2010	Varias en Función sector

*Nota:* <sup>a</sup> instrumento medición, método oficial del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997); <sup>b</sup> Modelo de Análisis Multifacético para la Intervención y Gestión Organizacional (Peiró, 1999); <sup>c</sup> Cuestionario de Estrés Laboral - Job Stress Survey (JSS, Spielberger & Vagg, 1999); <sup>d</sup> Métodos del Instituto de de Ergonomía MAPFRE (Gracia Camón, 2003; 2006). Adaptado de la tabla resumen de Moreno y Báez (2010).

Tabla 10 continuación

*Métodos de evaluación de Factores y Riesgos Psicosociales y características 2-2*

Cuadro Resumen	ISTAS-21 <sup>a</sup>	Método Wont-Red <sup>b</sup>	DECORE <sup>c</sup>	Batería MC-MUTUAL-UB <sup>d</sup>
Año publicación	2004	2005	2005	2008
Nº Ítems		44	44	46
	v.corta 38			
	v.media 124			
Nº Factores	20 V 1.5	35 escalas	4	7
Otras variables	Salud, estrés, satisfacción	Autoeficacia Competencia C.Organizacional C.Psicosocial		
Accesibilidad	Uso libre	Aplicación equipo Wont	Uso libre previa adquisición	N.C.
Tiempo cumplimentación	N.C.	15 – 30 m. según versión	10 m.	N.C.
Fiabilidad	<sup>e</sup> N=859 Alfa>0.63	<sup>e</sup> N= N.C. Alfa = 0.70	<sup>e</sup> N = 614 Alfa = .80	<sup>e</sup> N = 821 Alfa =>0.74
Validez			<sup>e</sup> N= 614 V. Criterial A.F. exploratorio A.F. Confirmatorio	<sup>e</sup> N=821 V. Criterial A.F. exploratorio A.F. Confirmatorio
Naturaleza	Cuantitativo	Cuantitativo y Cualitativo	Cuantitativo	Cuantitativo y Cualitativo
Técnicas	Cuestionario	Entrevista Cuestionario	Cuestionario	Cuestionario, Check List. Entrevista
Versiones	V. corta, media y larga	Varias en función del sector		

*Nota:* <sup>a</sup> versión al castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ), 2ª versión (Pejtersen, Kristensenm, Borg & Bjorner, 2010) 2010 se ha publicado la versión 1.5 con mejoras. ([www.istas.net/copsoq/](http://www.istas.net/copsoq/) Moncada, Llorens, Navarro, & Kristensen, 2005; Moncada & Llorens, 2006; NTP 703). <sup>b</sup> El equipo de investigación WONT (work and organizacional network) de la Universidad Jaume I de Castellón ha desarrollado esta metodología; <sup>c</sup> Cuestionario elaborado en 2005 en la Universidad Complutense de Madrid (Luceño, 2005; Luceño, Martín, Miguel-Tobal, & Jaén, 2005) para identificar riesgos psicosociales <sup>d</sup> instrumento elaborado entre la Universidad de Barcelona y MC Mutual (Guardia, Perú, & Barrios 2008; Pérez & Gallego, 2006). <sup>e</sup> N=número de sujetos. Adaptado de la tabla resumen de Moreno y Báez (2010)



## **1.2. ESTRÉS Y ANSIEDAD**

En el primer punto hemos visto que los riesgos psicosociales pueden generar en las personas estrés laboral y tener como consecuencia procesos de enfermedad (Schwartzman, 2003; Yanes, 2003). Por ese motivo, en este trabajo el ámbito del estrés laboral tiene gran importancia.

Es conocido, que cuando la respuesta al estrés es muy intensa, provoca consecuencias negativas para nuestro organismo, que al no poder mantener el ritmo hace que se genere un deterioro (Labrador, 1993).

Otra variable significativa en la que influyen los riesgos psicosociales es la ansiedad, puesto que las personas que tienen un grado de ansiedad muy alto son más vulnerables al estrés, perciben más situaciones como amenazantes y responden ante ellas con un estado de ansiedad muy intenso (Spielberger, 1972).

En este segundo apartado se revisarán las principales definiciones de estrés, se verán los estudios que relacionan el estrés en el ámbito laboral, los factores y estresores que intervienen; y se hablará del burnout, como una de las situaciones críticas dentro del estrés laboral.

En el apartado de ansiedad, se verán las principales definiciones del concepto y los principales modelos, especialmente los que se han usado para esta investigación. Así, se explicará la ansiedad como rasgo de personalidad o como estado (Cattell & Scheier, 1961), base del Cuestionario STAI para medir la ansiedad (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982) utilizado en nuestra investigación. También se presentarán el modelo interactivo multidimensional (Endler & Magnusson, 1974, 1976) y el modelo tridimensional (Lang, 1968), estos dos modelos son la base del Cuestionario ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2007) aplicado también en nuestra investigación para medir la ansiedad.

### 1.2.1. El estrés

La investigación sobre el estrés está ligada a los inicios de la psicología como ciencia. Su estudio y las definiciones sobre el concepto son amplios, por lo que nos centraremos en aquellos aspectos más relacionados con el estudio que estamos realizando.

Las definiciones se podrían clasificar dependiendo del concepto de estrés que se utilice: si se valora como *estímulo*, sería la fuerza del exterior que produce un efecto transitorio o permanente; como *respuesta*, serían las respuestas fisiológicas o psicológicas que tiene la persona ante un estímulo estresor; como *percepción*, producen una secuela física o psicológica; y como *transacción*, tiene en cuenta las demandas ambientales y la relación que la persona tiene respecto a la situación estresante a lo largo del tiempo (Peiró, 2005). Estas definiciones se derivan de las teorías del estrés que se agrupan en tres bloques: teorías basadas en la *respuesta*, teorías basadas en el *estímulo* y teorías *interaccionales*.

Entre las *teorías basadas en la respuesta* está la de Selye (1974) que en 1936 presenta la definición sobre estrés que más ha trascendido “*Estado que acompaña al síndrome general de adaptación centrándose especialmente en la respuesta fisiológica de este proceso y también en las consecuencias que tiene para la salud*”. Por tanto el estrés se produce cuando ocurre una alteración en el equilibrio interno del organismo y éste reacciona de modo extraordinario. En el Síndrome General de Adaptación, en el que están los fenómenos relacionados con el estrés se incluyen tres fases: reacción de alarma, resistencia y agotamiento (Selye, 1956, 1976), como se muestra en la figura 9. Este mismo autor también indicaba que ante una misma situación unas personas se estresan y otras no. “*Lo importante no es tanto lo que te ocurre, sino cómo te lo tomas*”.



Figura 9. Etapas del estrés de acuerdo con Selye (1976)

Para las *teorías centradas en el estímulo*, el estrés se explica teniendo en cuenta los estímulos ambientales externos al sujeto que interpreta que perturban o alteran el funcionamiento de su organismo. Everly (1989) distingue dos tipos de estresores: *psicosociales*, estímulos que se convierten en estresores por la interpretación cognitiva del individuo y *biológicos*, por ejemplo exponerse a un ruido muy intenso.

En las *teorías interaccionales* se tienen en cuenta los factores cognitivos que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. El máximo representante es Lázarus (1966) que define el estrés como “*el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar*”. Por tanto, según esta definición es un estado emocionalmente negativo (fundamentalmente ansiedad, depresión, hostilidad) y va acompañado de cambios fisiológicos (Lázarus & Folkman, 1984). Para McGrath (1970) el estrés “*es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)*”.

Además de estas tres teorías, se han elaborado otras interpretaciones sobre el estrés y sus fuentes. En la actualidad, algunos autores consideran que el estrés se interpreta primariamente como una respuesta, y teóricamente se trata de un estado especial del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo, lo que genera un cambio en los estados emocionales (Sandín, 1989). Se dan altos niveles de excitación y angustia, con la sensación frecuente de no poder hacer frente a la situación (Bosqued- Lorente, 2005).

Cuando se habla de estrés en psicología se suele hacer referencia a la aparición de unas fuertes demandas para el individuo que son producidas por ciertas situaciones y que pueden agotar los recursos de afrontamiento que posee (Merín-Reig, Cano-Vindel, & Miguel-Tobal, 1995). También se hace referencia a un estado producido por una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2003). Bohus, en 1994, señala que en el proceso de estrés influyen de manera determinante las características y duración del estímulo estresor y las estrategias de afrontamiento

del individuo que se siente amenazado (Chrousos & Gold, 1998; Szabo, 1998). Bandura (1992, 1995) considera que el estrés es la ineficacia que el sujeto percibe cuando se encuentra en una situación en la que tiene que ejercer control para poder afrontar las demandas desencadenadas en el entorno, con las respuestas conductuales, emocionales y bioquímicas que acompañan al estrés.

Distintos autores difieren a la hora de efectuar clasificaciones de los estímulos estresantes o *fuentes del estrés*. Entre estas, destacamos la genérica que agrupa a los estresores en *psicosociales o biogénicos* (Everly, 1989); según su intensidad, estarían los *cataclismos, los sucesos significativos en la vida y los pequeños estresores diarios* (Lazarus & Cohen, 1977); si tenemos en cuenta la frecuencia y duración Elliot y Eisdorfer (1982) clasifican los estresores en: *estresores agudos*, que están limitados en el tiempo, por ejemplo la espera de una intervención quirúrgica; *secuencias estresantes*, que son aquellas que ocurren durante un período de tiempo y son el resultado de un acontecimiento que lo ha desencadenado, por ejemplo un divorcio; *estresores crónicos intermitentes*, por ejemplo épocas de exámenes; y *estresores crónicos*, como una incapacitación laboral permanente o discusiones constantes en la pareja (Elliot & Eisdorfer, 1982).

Para Fernández Abascal (1999) existen cuatro tipos de fuentes de estrés, tres de naturaleza psicosocial y una de naturaleza biogénica: los *estresores únicos* (cataclismos o alteraciones graves en el entorno vital de muchas personas), los *estresores múltiples*, que se encuentran fuera del control del sujeto (fallecimiento, enfermedad, pérdida del puesto trabajo, divorcio, etc.), los *estresores cotidianos* que alteran la rutina (perder algo, rotura, discusiones, etc.) y los *estresores biogénicos*, mecanismos físicos y químicos que provocan la respuesta de estrés (caféina, anfetamina, extremos de calor o frío).

Para la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2005), las fuentes del estrés se encuentran en un 66% de los problemas laborales; en el 50% en los problemas familiares; en un 31% en los problemas de salud; en un 29% en los acontecimientos vitales importantes; en un 27% en los problemas financieros; en un 19% en la presión del rendimiento escolar y en un 12% en los problemas de tráfico.

En cuanto a los tipos de estrés la Asociación Americana de Psicología (APA, s.f.) distingue tres tipos: *estrés agudo*, *estrés agudo episódico* y *estrés crónico*. Para Cano-Vindel y Serrano-Beltrán (2006) la clasificación de los tipos de estrés según las causas sería: *estrés físico* (provocado por sensaciones desagradables de frío, calor, oscuridad), *estrés biológico* (por hambre, dolor, enfermedad), *estrés psicológico* (surge como resultado de emociones de envidia, celos, miedo) y *estrés social* (por horarios, fracasos o evaluaciones, entre otros).

Como consecuencia del estrés, en nuestro organismo se producen unos cambios, (ver tabla 11), que pueden llegar a ser problemáticos cuando la situación es mantenida. Así las respuestas fisiológicas de la fase inicial (tensión) pueden pasar a ser problemáticas [las consecuencias biológicas se pueden consultar en INSHT (1997) y Cano-Vindel y Serrano-Beltrán (2006)].

Tabla 11

*Fisiología del Estrés*

<b>Afección</b>	<b>Tensión (Fase inicial)</b>	<b>Estrés</b>
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

*Nota:* Nogareda (1994) – Fisiología del estrés –NTP 355. Madrid: INSHT.

### 1.2.1.1. Estrés laboral

Cuando el estrés se encuentra en el puesto de trabajo y su entorno, entonces hablamos de estrés laboral. Uno de los motivos por los que se puede experimentar estrés es debido a que las demandas del entorno del trabajo exceden la capacidad de los empleados para hacerles frente (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002).

La Comisión Europea (1999) y el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2002), consideran el estrés laboral como: *“Un conjunto de reacciones emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivas (preocupación, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, etc.), conductuales (abuso de drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicas, a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización y el entorno de trabajo; y constituye un estado caracterizado por altos niveles de excitación y angustia junto con la sensación de no saber sobrellevarlo”*(Comisión Europea, 1999; ISTAS, 2002). Para el National Institute of Occupational Safety and Health, NIOSH (1999) el estrés en el trabajo es *el conjunto de respuestas nocivas físicas y emocionales que se producen cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. El estrés en el trabajo puede conducir a una mala salud o a una lesión.*

Cuando se dan aspectos muy abrumantes o exigentes en la organización, en el contenido o en el ambiente de trabajo, se puede producir un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales que indicarían que la persona está sufriendo estrés laboral (Houtman, Jettinghoff, & Cedillo, 2008).

Este estrés laboral resulta de la interacción entre el trabajador y las condiciones de trabajo aunque también hay que tener en cuenta las características individuales del trabajador (Houtman et al., 2008). El estrés laboral es el resultado de una gran variedad de factores (Lazarus & Folkman, 1984; Siegrist & Peter, 2000) entre los que se encuentran los factores ambientales, los elementos interpersonales (relaciones con compañeros y supervisores) y las características del trabajo (tarea, puesto y duración de la jornada) (French & Kahn, 1962). Por tanto las consecuencias

del estrés se producirán no solo en la persona sino también en la organización (Salanova, 2003).

Gil-Monte (2010) en su resumen sobre la situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral nos recuerda que en los últimos 30 años han ocurrido una serie de cambios que han influido sobre los procesos laborales y el diseño del trabajo. Estos cambios de carácter sociodemográfico, económico, político, y tecnológico han originado nuevos riesgos psicosociales en el trabajo que afectan de manera negativa a la salud de los trabajadores y a su calidad de vida laboral, pues incrementan sus niveles de estrés.

En este apartado, por lo que respecta al estrés se ha hecho un breve repaso de sus definiciones, del estrés relacionado con el trabajo y de los factores y estresores que intervienen en el proceso. A continuación se analiza qué ocurre cuando se da una situación más crítica, cuando ese estrés laboral se convierte en crónico, ese es el momento en el que se puede desarrollar el burnout, del que a continuación vamos a explicar brevemente sus orígenes, modelos que lo explican y consecuencias del mismo para el individuo.

#### **1.2.1.2. Burnout**

Maslach en 1977 definió el burnout como *“El síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. En los años 80 esta definición se completaba con una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”* (Maslach & Jackson, 1981).

Gil-Monte y Peiró (1997) después de varias investigaciones, lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico que incluye actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia su propio rol, viviendo además un sentimiento emocional de agotamiento. También se ha definido como un cansancio emocional que lleva a la pérdida de motivación y que progresa hacia sentimientos de inadecuación y de fracaso (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Para



otros autores también se da en otras profesiones que no son las de servicio (Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983). Se considera como una discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales en la realidad de cada día en la vida profesional (Schaufeli & Buunk, 2003).

Antes de llegar al burnout el trabajador pasa por diferentes etapas (Edelwich & Brodsky, 1980): *etapa de entusiasmo*, en la que el trabajador tiene elevadas aspiraciones y mucha energía, ve los conflictos como algo pasajero y que tienen solución; *etapa de estancamiento*, que se inicia cuando no se cumplen sus expectativas y ve difícil conseguir sus objetivos; *etapa de frustración*, en la que se desilusiona y no tiene motivación laboral, aquí aparecen los problemas emocionales, físicos y conductuales; *etapa de apatía*, en la que aparece la resignación porque no puede cambiar las cosas; y por último, la *etapa de burnout*.

Se han definido tres dimensiones del burnout (Maslach & Leiter, 1997): *agotamiento* o cansancio emocional (cuando el individuo no puede dar más de sí mismo a los demás), *despersonalización* (desarrolla sentimientos, actitudes y respuestas negativas, frías y distantes hacia otras personas sobre todo en el trabajo) y una *baja realización personal* o logro (el trabajador no es capaz de dar sentido a su vida y tiene sentimientos de fracaso y baja autoestima) (Álvarez-Gallego & Fernández- Ríos, 1991; Gil-Monte, 2001).

Existen distintos modelos teóricos y etiológicos que explican el síndrome, agrupando las variables en antecedentes y consecuentes del mismo. Mansilla Izquierdo (2010) detalla los diferentes grupos de modelos teóricos: el primero es el *modelo de competencia social* de Harrison (1983) que se encuentra en el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*; un segundo grupo es el *modelo de comparación social* de Buunk y Schaufeli (1993) enmarcado en la *teoría de intercambio social*; el tercero, de acuerdo a la *teoría organizacional*, es el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983); y el cuarto desde una *teoría estructural* es el modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) que se desarrolla en la figura 10.

### EXPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

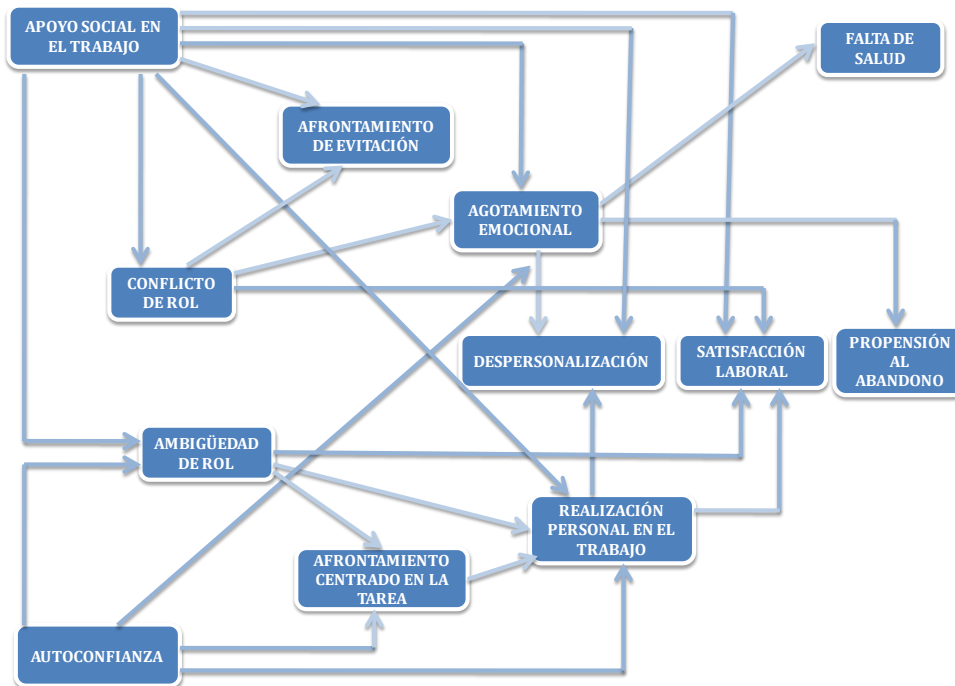


Figura 10. Síndrome de Burnout. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

En este último modelo la respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) surge tras la evaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento que está utilizando el individuo no son eficaces para reducir el estrés percibido y la respuesta es una variable mediadora entre el estrés y las consecuencias (falta de satisfacción laboral, intención de abandonar la organización y problemas de salud).

Diversas investigaciones muestran que existen variables que facilitan el desarrollo de este síndrome, como son: la sobrecarga laboral, realizar actividades que impliquen conflicto y ambigüedad de roles, la falta de control o autonomía en el propio trabajo y la falta de motivación laboral (Boada, De Diego, & Agulló, 2004; Osca, González-Camino, Bardera, & Peiró, 2003; Pines, Aronson, & Kafry, 1981).

El burnout se relaciona con la carga de trabajo, contenido, características de la tarea, rol académico y los problemas para desarrollar una carrera (Pando-Moreno et al., 2006). Cuando no existe un equilibrio entre las demandas laborales y los recursos de que dispone el trabajador para hacer frente a ellas se produce esta forma de estrés

que puede aparecer en cualquier ámbito laboral (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001).

Se han efectuado diversas investigaciones para estudiar las profesiones con mas riesgo de sufrir burnout, los primeros estudios se centraron en profesiones relacionadas con el servicio a personas: ámbito sanitario (Aranda et al., 2005; Benevides-Pereira, 2007; Greenglas, Burke, & Fiksenbaum, 2001, Marucco, Gil-Monte, & Flamenco, 2008) enseñanza (Farber, 1984; Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, & Grau-Alberola, 2009; Goddard & O'Brien, 2003; Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés, & Fernández, 2003; Maudgalya, Wallace, Daraiseh, & Salem, 2006; Raya, Moriana, & Herruzo, 2010; Skaalvik & Skaalvik, 2007; Unda, Sandoval, & Gil-Monte, 2007/8), seguridad pública, policías y militares (Chambel & Cruz, 2007; Cherniss, 1980; Durán, 2001; Patterson, 1992; Sánchez-Nieto, 2012; Torres, San Sebastián, Ibarretxe, & Zumalabe, 2002) psicólogos (Gomes & Cruz, 2004; Maslach & Jackson, 1984), administración pública, servicios y centro penitenciarios (Hernández, Fernández, Ramos, & Contador, 2006; Manzano, 2001; Olivares & Gil-Monte, 2007), pero también se ha estudiado y visto entre otras profesiones como corredores de bolsa y ejecutivos (Burke, 1990; Fry, 1995), empleados de informática y técnicos (Sonnentag, Brodbeck, Heinboker, & Stolte, 1994) controladores aéreos (Ventruoi, Dell'erba, & Rizzo, 1994) deportistas (Garcés de Los Fayos & Jara, 2002; Kallus & Kellmann, 2000) entrenadores y árbitros (Garcés de los Fayos, 1993; Garcés de los Fayos, Elbal, & Reyes, 1999) músicos (Bernhard, 2007; Cohen, 2000) y en otros colectivos profesionales (Lozano et al., 2007).

El burnout se da en aquellas profesiones que tienen contacto directo y de modo constante con las personas, cuando existe una relación de ayuda o servicio y son los beneficiarios del propio trabajo (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007). Estas profesiones serían los docentes, sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas del orden, personal de justicia, trabajadores de banca, árbitros y jueces deportivos, trabajadores del sector turístico, etc. Por tanto en las profesiones que no tienen contacto con las personas y sin relación de ayuda o servicio, el diagnóstico adecuado sería el de estrés laboral (Mansilla Izquierdo, 2010).

Existe una emoción que muchas veces va asociada con el estrés, la ansiedad, de la cual a continuación vamos a detallar algunas definiciones, modelos y su medida, ya que el trabajo empírico que se presenta se centrará en concreto en ella.

## **1.2.2. Ansiedad**

### **1.2.2.1. Definición y tipos**

Las emociones tienen un papel muy importante en la salud. Así, las emociones positivas potencian la salud mientras que las negativas tienden a mermarla (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Una de las emociones negativas más estudiadas ha sido la ansiedad, puesto que es una de las que producen una experiencia emocional más desagradable (Cano-Vindel & Miguel -Tobal, 1994; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1995).

La definición clásica de ansiedad es muy parecida a la de estrés: *una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos* (Miguel-Tobal, 1990). Pese a que ambos conceptos tienen aspectos paralelos y que se entrecruzan (Miguel-Tobal & Casado, 1999), hay diferencias entre ambos: mientras que la ansiedad es una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en sí mismo no es una emoción; mientras que la respuesta de ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, el estrés se desencadena ante cualquier cambio en las rutinas cotidianas; y cuando los niveles de estrés y ansiedad son bajos, los síntomas aparecen en orden diferentes (en el estrés aparece primero la respuesta psicofisiológica y en la ansiedad aparece primero la respuesta cognitiva) (Fernández-Abascal, 1997).

La ansiedad habitualmente es una emoción adaptativa, pues pone a la persona en estado de alerta ante algún peligro, que le hace estar alerta para minimizar las consecuencias negativas. Sin embargo, en algunas ocasiones la persona la vive de forma negativa al percibir esa amenaza, prever consecuencias negativas para sus

intereses e intentar reducir esas consecuencias dando respuestas no del todo adaptativas. Dicha reacción emocional puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable) (Cano-Vindel, 2004). Por tanto, aunque la ansiedad es un proceso psicológico normal, cuando su frecuencia, intensidad o duración son excesivas produce malestar en el sujeto, limitando su vida y capacidad de adaptación. Cuando esto ocurre, la ansiedad deja de ser una emoción negativa normal y se transforma en patológica, aumentando la probabilidad de sufrir problemas de salud (Bosqued-Lorente, 2005).

La ansiedad es la reacción de un organismo ante un estímulo nocivo y esta respuesta posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Cuando se anticipa un peligro irreal, se convierte en una respuesta inadaptativa (ansiedad patológica o clínica). Por tanto, la respuesta de ansiedad es una reacción defensiva, por lo que ejerce una función protectora ante algún peligro. En este sentido, la reacción aguda de ansiedad no siempre es patológica, sino que en ocasiones excepcionales puede llegar a ser adaptativa (Sánchez-Anguila, Conde, De la Torre, & Pulido, 2008).

Albert Ellis (1989) realizó un listado de los cinco principales deseos o creencias irreales que causan ansiedad: el deseo de tener siempre el amor y admiración de toda la gente; el de ser enteramente competente todo el tiempo; el de que las cosas sean siempre de la manera que queremos y que la gente siempre haga lo que queremos; la creencia de que los factores externos son causa de todas las desdichas; y que las experiencias pasadas controlarán inevitablemente lo que sucederá en el futuro. Las distorsiones cognitivas, según su modelo de deseos y creencias, son las que producen las creencias inadaptativas. La ansiedad sana, autoprotectora puede convertirse en patológica, hiperprotectora, cuando la persona presenta unos síntomas de ansiedad que son desproporcionados para la amenaza real, generando malestar (Ellis, 2000).

Existen diferentes tipos de medidas para evaluar la ansiedad, pero en este trabajo se utiliza únicamente los autoinformes y no otro tipo de medida, por lo que revisamos a continuación los modelos de los que surgen dichos autoinformes.

### 1.2.2.2. Modelos de ansiedad

Hay tres modelos de ansiedad que sirven a los propósitos de este trabajo, que son los que se presentan a continuación.

En primer lugar, el modelo que se basa en considerar la ansiedad o como un *rasgo* o como un *estado* (Cattell & Scheier, 1961). De acuerdo con Spielberger (1972) un modelo de ansiedad debería distinguir, conceptual y operacionalmente, entre ansiedad como estado transitorio y ansiedad como rasgo de personalidad relativamente estable. Por tanto, la ansiedad rasgo sería una característica personal que hace que el individuo tienda a reaccionar ansiosamente, mientras que la ansiedad estado se entiende como un estado emocional transitorio que “*se caracteriza por sentimientos subjetivos, percibidos conscientemente, de tensión y aprensión, y una alta activación del sistema nervioso autónomo*” (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Partiendo de este modelo se elaboró el Cuestionario STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982), que valora la ansiedad como rasgo.

El segundo modelo, surge después de la aparición de los modelos de rasgo-estado, puesto que algunos autores plantearon la discusión relativa a si en la aparición de la respuesta de ansiedad no solo influían las características personales del sujeto sino que también había que tener en cuenta la situación en la que se producía ansiedad o que la provocaba (Mischel, 1968). Dentro de estos modelos que consideraban también la *situación*, surge el *Modelo Interactivo Multidimensional de la Ansiedad*.

Este modelo es *multidimensional* porque señala que existen diferencias individuales de rasgo asociadas a diferentes tipos de situaciones. Esta nueva concepción complementa las teorías basadas únicamente en un rasgo general de ansiedad de manera unidimensional. En el modelo se considera que la interpretación que hace el sujeto de la situación influye en cómo la valora (de forma amenazante o no) y que, en esa interpretación influyen la cognición y las emociones del sujeto. Para Endler y Magnusson (1974, 1976) hay unos elementos básicos en la interacción persona-situación: la situación influye en el individuo, que a su vez percibe e interpreta la información que proviene de la situación. Cuando se produce

congruencia entre el rasgo del individuo y el tipo de situación se produciría el estado de ansiedad (Endler, 1977).

El tercer modelo, es el modelo *tridimensional* o de los tres sistemas de respuestas (Lang, 1968), según el cual las manifestaciones de ansiedad se pueden observar en tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta) y puede haber incluso diferencias entre las manifestaciones que se observan en los tres tipos de respuestas según el canal (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor). Ello hace pensar que cada canal obedece a un sistema conductual diferente. Estaríamos por tanto ante tres sistemas de respuesta parcialmente independientes, pero que influyen entre sí (Lang, 1968, 1971).

Según este modelo, la *respuesta cognitiva* de ansiedad está relacionada con pensamientos cognitivos específicos, procesos mentales e imágenes. La *respuesta fisiológica* está relacionada con el sistema nervioso autónomo en el que se aumenta la intensidad o frecuencia, como resultado del sistema nervioso central o del sistema neuroendocrino, por ello se pueden generar cambios en el sistema cardiovascular, respiratorio, dermatológico, entre otros. La *respuesta motora* es la que más fácilmente se puede ver u observar, serían signos como rascarse, movimientos rítmicos, respuestas de escapada o evitación, tics, tartamudeo, conducta compulsiva (comer, fumar, etc.), y gesticulación, entre otros.

Para medir la ansiedad de acuerdo con estos dos modelos se creó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, Miguel- Tobal, & Cano-Vindel, 2007), que parte de un enfoque interactivo: las reacciones de ansiedad están en función de las características *personales*, las condiciones *situacionales* y la *interacción persona-situación*. Por tanto se estudia la interacción entre la predisposición existente del individuo (rasgo) y las características de la situación en que tienen lugar la conducta. También se basa en un modelo multidimensional que tiene en cuenta los tres sistemas de respuestas: cognitivo, fisiológico y motor en cada una de las situaciones que se plantean en el cuestionario. De esta forma se pueden valorar las respuestas específicas ante situaciones concretas evaluando la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y medir las cuatro

áreas situacionales ligadas a diferencias individuales: ansiedad ante la evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones cotidianas.

En esta investigación se utilizan los cuestionarios citados anteriormente puesto que se basan en tres modelos, que permiten valorar tanto los aspectos personales como los de la situación a la hora de evaluar la ansiedad, así como los tres niveles de respuesta, por lo que son modelos completos, validados y muy utilizados.

El hecho de utilizar dos cuestionarios para medir la ansiedad se debe a que las pruebas de rasgo general, ansiedad rasgo, nos ofrecen únicamente una puntuación global con la que podemos interpretar el grado en que un individuo es ansioso. Para medir la ansiedad rasgo se usará, como se ha comentado, el Cuestionario STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982), uno de los más utilizados para estudiar la relación entre estrés y ansiedad. Puesto que este cuestionario no ofrece información sobre el tipo de situaciones que generarán ansiedad en el sujeto, se utilizó el Cuestionario ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2007) que permite analizar diferentes situaciones o áreas que generan ansiedad y cómo se activan los sistemas cognitivo, fisiológico y motor.

A continuación se presentan los estudios que valoran la influencia de los riesgos psicosociales en la salud física y psicológica.



### 1.3. RELACIÓN ENTRE RIESGOS PSICOSOCIALES, ANSIEDAD Y ESTRÉS

En los apartados anteriores se ha efectuado una revisión sobre los riesgos psicosociales, el estrés y la ansiedad por separado. En este apartado se mostrarán algunos estudios e investigaciones que relacionan los riesgos psicosociales, el estrés y la ansiedad en los trabajadores.

El hecho de si trabajar o no hacerlo influye en la ansiedad ha sido un factor analizado en diferentes estudios con resultados contrapuestos. Algunos autores señalan que es más frecuente que tengan ansiedad los trabajadores que la población en general (Burchell, 2001; Snyder, 2001), mientras que para otros la ansiedad tiene la misma incidencia en ambos grupos (McLean, 2001; Wilkinson, 2001).

Pese a la contradicción de estos resultados, hay mucha evidencia de la influencia del trabajo, en especial los riesgos psicosociales presentes en el entorno laboral del trabajador, en la generación de estrés y ansiedad, como se verá más adelante.

En concreto, las elevadas demandas laborales, unidas a otros riesgos psicosociales como bajo control sobre el trabajo, bajas recompensas o poco apoyo social predicen ansiedad y estrés en los trabajadores. En este sentido, la relación entre las variables *ansiedad* y *riesgos psicosociales* se ha observado en distintos estudios con diversas poblaciones laborales. En un estudio llevado a cabo en Holanda con 3.707 empleados, se evaluaron los riesgos psicosociales del trabajo, así como la ansiedad y la depresión, concluyendo que cuando el trabajo se caracteriza por elevada demanda psicológica, se incrementa el riesgo en los trabajadores de padecer ansiedad y depresión. En el caso de la aparición de la ansiedad influyeron las elevadas exigencias psicológicas del trabajo y el bajo apoyo organizacional (Andrea, Bültmann, van Amelsvoort, & Kant, 2009).

En otros estudios también se ha comprobado que cuando existen altas demandas laborales y un bajo apoyo social hay una mayor incidencia de ansiedad en los trabajadores (Goncalves & Feldman, 2008). Es decir, cuando el trabajador percibe que tiene unas demandas muy elevadas en el trabajo y bajo apoyo social, esta

situación aumenta la probabilidad de que se produzcan trastornos de ansiedad (Goncalves & Feldman, 2008).

En algunos estudios se ha encontrado que es en el personal de oficina en el que influyen las elevadas demandas o exigencias psicológicas y el bajo apoyo de los compañeros para que sufran más ansiedad, en cambio en los trabajadores manuales tienen mayor influencia en el desarrollo de problemas de ansiedad la falta de control sobre el trabajo y el apoyo de compañeros y supervisores (Artazcoz & Molinero, 2004). Por tanto, hay diferencias en los riesgos psicosociales que influyen en los trastornos de ansiedad de acuerdo al tipo de tarea desempeñada.

Otro estudio también revela que cuando los trabajadores tienen unas demandas laborales elevadas y un bajo control en el trabajo, esta situación tiene un efecto negativo sobre la salud mental de los trabajadores, en cambio, la exposición a altas demandas por sí sola no es predictora de trastornos en salud mental (Dalgard et al., 2009).

Como hemos visto si las exigencias o demandas psicológicas del puesto son elevadas y el control es escaso, se producen reacciones de tensión psicológica negativas, es decir, estrés, en cambio cuando el trabajador tiene unas exigencias elevadas y a ello se le une un elevado control sobre su trabajo aumenta la motivación, el aprendizaje y el desarrollo personal del trabajador (Luceño, Martín, Díaz, & Rubio, 2008; O'Neill & Xiao 2010; Westman, 2001).

Continuando con las demandas laborales de los puestos de trabajo, se ha observado actualmente un aumento en la carga mental de algunos trabajadores, debido a que los trabajos cada vez se van tecnificado más y se producen más requerimientos mentales y menos físicos, lo que provoca que al trabajador se le exija más concentración, pero teniendo menos capacidad de control sobre su trabajo (Almirall, 2001). Además el uso actual de las *Tecnología de Información y Comunicación (TIC)* está dando lugar a una nueva situación de estrés denominada tecnoestrés. Entre los trabajadores que usan las TIC están surgiendo algunos riesgos psicosociales y físicos que producen ansiedad, estrés y depresión, mermando la satisfacción laboral de los empleados (Dias & Costa, 2008).

Las respuestas de ansiedad en el trabajador pueden desembocar en pérdidas de productividad y rendimiento (Araña-Suárez, Capafons, Martínez, & Laborda, 2010; Melchior et. al., 2007), ya que los procesos de aprendizaje y memoria quedan alterados por las distintas emociones y contenidos estresantes (Martín, 1999).

En otros estudios se ha demostrado, que los trabajadores que están sometidos a elevadas demandas, por lo que tienen que realizar grandes esfuerzos, y perciben bajas recompensas, presentan el triple de probabilidades de tener problemas cardíacos y una incidencia mayor de ansiedad y diabetes (Benach, Muntaner, & Santana, 2007; Health Canadá, 2000). Es decir, hay consecuencias psicofisiológicas en el trabajador derivadas de la exposición a condiciones de trabajo, en este caso concreto a altas demandas laborales y bajas recompensas.

Las consecuencias psicofisiológicas también se ponen de manifiesto en el estudio de Ilies, Dimotakis y de Pater (2010) con un grupo de trabajadores al que evaluaban sus respuestas fisiológicas y psicológicas durante 10 días. Estos investigadores concluyeron que aquellos trabajadores que habían recibido más apoyo de la organización y que tenían más control sobre su trabajo tenían menos reacciones de angustia y una presión arterial menor.

Además cuando se produce un desequilibrio entre el esfuerzo que realiza el trabajador y las recompensas que recibe es más probable que se produzcan problemas de salud (Godin, Kittel, Coppieters, & Siegrist, 2005; Kivimaki, Vahtera, Elovainio, Virtanen, & Siegrist, 2007).

Muchas investigaciones indican que existe una relación bastante estrecha entre estrés laboral y ansiedad (Duch, Ruiz de Porras, Gimeno, & Iglesias, 1999; Losiak, 2002).

Los datos indican que cuando las personas llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés y han desarrollado síntomas ansiosos, presentan altos niveles de respuesta a la misma, problemas de regulación con la ansiedad y con otras emociones, incluso aunque desconozcan lo que es la ansiedad (Cano-Vindel, Dongil-Collado, & Wood, 2011). En estas personas se suele observar temor irracional a algunas reacciones, evitación a situaciones emocionales que no pueden evitar y elevada activación fisiológica en determinadas respuestas como rubor, sudor,

temblor de voz, ya que temen que les observen y evalúen negativamente por no poder controlarlo, e incluso que les rechacen (Cano-Vindel, 2011). En este tipo de personas que están muy estresadas y han desarrollado síntomas ansiosos, se producen sesgos cognitivos y de ansiedad importantes, su aprendizaje emocional se desarrolla de modo desadaptado, por lo que cada vez tienen menos control de las emociones (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007).

No obstante, el estrés en el trabajo se relaciona más con el estado de ansiedad, aunque cuando el estrés experimentado por el trabajador es muy elevado se convierte en un factor de vulnerabilidad que puede disparar la ansiedad rasgo del trabajador (Muschala, Linden, & Olbrich, 2010), lo que desencadena importantes sesgos cognitivos (Bar-Haim et al., 2007), disfunciones psicológicas, como ansiedad y depresión (Stansfeld & Candy, 2006), enfermedades físicas (Chandola, Brunner, & Marmot, 2006) y déficit en el rendimiento de los trabajadores (Gilboa, Shiron, Fried, & Cooper, 2008), entre otros.

El trabajador también puede encontrarse incómodo en su entorno laboral lo que puede acarrearle problemas de tipo psicológico, por ejemplo, en una muestra de 690 trabajadores de distintas profesiones, se comprobó que existía una relación positiva y significativa entre *malestar* en el trabajo, y sufrir algún trastorno psicológico y consumo de sustancias (Duro, 2010). El malestar en el trabajo se relacionó con sensación de amenaza, de pérdida del trabajo y frustración, distanciamiento con la organización o sensación de deterioro en el trabajo. Para comprobar la mala salud y el consumo de sustancias de los trabajadores se analizaron las variables: ansiedad, depresión, irritabilidad, tabaquismo, alcohol, consumo de drogas y enfermedad física.

Otra situación que produce malestar laboral es la disonancia emocional que se crea en algunos tipos de trabajo, donde hay reglas emocionales implicadas a la hora de atender a los clientes y sus quejas, situación que produce en los trabajadores efectos psicofisiológicos importantes. Este hecho se comprobó en un estudio con mujeres alemanas que simulaban llamadas telefónicas donde debían enfrentarse a quejas de los clientes. Se encontró que el uso de la “sonrisa telefónica”, común en la

atención telefónica, provocaba una disonancia en las mujeres que hacía que aumentara su presión arterial diastólica y la frecuencia cardiaca, lo que producía menor fluidez verbal de lo habitual (Rohrmann, Bechtoldt, Hopp, Hodapp, & Zapf, 2011).

Además cuando en el trabajo se dan conflictos, esta situación correlaciona de modo positivo y significativo con ansiedad, y negativo con satisfacción laboral (Sánchez-Anguita et al., 2008)

Por ello la variable ansiedad y la satisfacción laboral correlacionan de forma alta y negativa, según se ha visto en una investigación efectuada a 2900 empleados que trabajan en hospitales, (Elovaino, Kivimaeki, Steen, & Kalliomaeki, 2000).

Por otro lado se han estudiado otros riesgos relacionados con ansiedad, como son los *roles* y *el conflicto* que se pueden producir en ellos.

Como se ha visto, la presencia de problemas de salud es más probable en los trabajadores que tienen una sobrecarga laboral, contribuyendo también los conflictos de roles (García-Averasturi, 2005). Si se tiene en cuenta la interacción que existe entre el trabajador y su ambiente laboral puede producirse en algunos casos ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol que le puede llevar a desarrollar tensión, estrés, ansiedad e insatisfacción laboral (De Arquer, Martín Daza, & Nogareda, 1995). Existe, por tanto, una relación entre los estresores de rol y el bienestar físico y psicológico del trabajador (Osca et al., 2003).

Precisamente la ambigüedad y el conflicto de rol se encuentran entre los estresores laborales más comunes en el entorno laboral, junto a la falta de seguridad y control laboral, la sobrecarga de trabajo y la competitividad (Martínez, Cifre & Salanova, 1999; Stege & Lochmann, 2001). No obstante, se ha observado que en algunas ocasiones es beneficiosa una cierta ambigüedad en el rol desempeñado ya que le da más flexibilidad al puesto y el trabajador puede resolver problemas (Peiró, 1983), siempre que se especifiquen claramente los roles a desempeñar, definiendo los puestos de trabajo para facilitar las tareas que debe llevar a cabo el empleado.

Existen roles en el trabajo que son potencialmente más generadores de estrés. En un estudio realizado en Harvard, California y Stanford valorando a los jefes, se

observó que los altos cargos poseen niveles más bajos de cortisol (hormona del estrés) y menos ansiedad que sus subordinados, lo que lleva a concluir que los niveles de liderazgo podrían estar inversamente relacionados con el estrés, es decir en este estudio los altos cargos presentan menores niveles de estrés que los subordinados (Sherman, Lee, Cuddy, Renshon, Oveis, Gross, et al., 2012).

Aunque existen diferencias en la percepción del riesgo psicosocial en función del puesto y tipo de trabajo (Luceño, Rubio, Díaz-Ramiro, & Martín, 2010), pese a la posible influencia del rol del trabajador y el puesto de trabajo ejercido, el estrés puede afectar a cualquier trabajador con independencia del tamaño de la empresa, del tipo de actividad, forma de contrato o relación laboral (Romero-Ródenas, 2005).

Otro estresor que puede aumentar en exceso las demandas del trabajo tiene que ver con las largas e intensas *jornadas laborales*, hecho que puede aumentar el riesgo de padecer estrés (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001; Smith, Folkard, & Fuller, 2003). Esta situación es especialmente grave en España, según el informe de la Comisión Europea, *Employment in Europe del 2006* (Comisión Europea, 2007) que señala que España es el tercer país en la Unión Europea con la jornada laboral más larga: 41,1 horas semanales (los hombres 41.8 y las mujeres 39.8), aunque los niveles de productividad por cada hora trabajada nos sitúan en el último puesto europeo.

La flexibilidad en el horario de trabajo disminuye el riesgo que suponen las largas jornadas de trabajo, como se comprobó en un estudio realizado en una empresa de servicios de Minnesota con 600 empleados (Moen, Kelly, Tranby, & Huang, 2011). En esta empresa los empleados podían cambiar el lugar y el tiempo de trabajo sin necesidad de pedir permiso ni justificarlo. No se valoraba el tiempo que se tardaba en efectuar la tarea ni dónde se realizaba, sino que se valoraban los resultados conseguidos. Los resultados del estudio indican que los empleados descansaban más, tenían menos conflictos en la conciliación de su vida familiar y laboral, se sentían menos presionados por el horario, y esto hizo que se redujera el estrés.

No todos los puestos de trabajo, como hemos visto, ni los distintos tipos de trabajo generan el mismo nivel de estrés. Se ha estudiado especialmente en relación con el *agotamiento laboral*. Los estudios indican que en profesionales de la salud

existe una estrecha relación entre el agotamiento sufrido en el trabajo y la probabilidad de sufrir burnout y ansiedad (Puricelli, Callegari, Pavacci, Caielli, & Raposio, 2008). Este estudio reveló además que en el colectivo de médicos está aumentando la incidencia de alcoholismo y crisis matrimoniales, entre otras circunstancias adversas, por lo que es necesario no solo disminuir los aspectos negativos en el lugar de trabajo sino también aumentar los aspectos positivos del trabajo para mejorar estas situaciones (Maslach & Leiter, 1997). Además en otra investigación efectuada en un hospital se comprobó que los trabajadores estresados tenían un mayor metabolismo de noradrenalina, que se asocia, entre otros factores, con ansiedad (Mitoma et al., 2008).

En otro estudio con empleados de una empresa de servicios financieros se comprobó que el agotamiento y la baja productividad se relacionan positivamente con mayor probabilidad de sufrir estrés y ansiedad, mientras que la satisfacción con la vida y la salud física se relacionaban de forma negativa y significativa con el agotamiento (Goetzel, Ozminkowski, Sederer, & Mark, 2002). Si el trabajo produce en el trabajador una fatiga excesiva, éste tendrá más probabilidades de presentar bajas de larga duración por enfermedad (Bültmann, Kant, Kasl, Schroër, Swaen, & van den Brandt, 2002).

A modo de resumen podemos indicar que en el entorno laboral se ha comprobado que los trabajadores sufrirán estrés laboral cuando durante un tiempo prolongado, el trabajador perciba elevadas demandas laborales y bajo control y/o bajas recompensas. Esta situación es más adversa, si además el trabajador no tiene apoyo organizacional de los compañeros y superiores (Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010).

Aunque ya se ha comentado anteriormente el factor apoyo organizacional, en su relación con la interacción con otros riesgos, como son las demandas y el control, se considera un factor de gran importancia por lo que lo volvemos a retomar para explicarlo con más profundidad. En este sentido, el *apoyo organizacional*, tanto de jefes como de compañeros, es un factor del entorno laboral que se ha de tener muy cuenta por su gran repercusión, ya que actúa como amortiguador del estrés y

protege al trabajador para que no desarrolle trastornos de ansiedad (Ogus, 2008; Plaisier et al., 2007). Además contribuye para que exista un clima laboral saludable.

Se han indicado algunas dimensiones a la hora de valorar el apoyo social: a) *la dirección*, si el apoyo social se da o se recibe; b) *la disposición*, a qué clase de apoyo se tiene acceso y/o qué tipo de apoyo se ha empleado; c) *la evaluación*, cómo se valora el apoyo percibido; d) *el contenido*, si el apoyo es emocional, instrumental, informativo y evaluativo; y e) *la red social* de la que dispone cada persona para obtener fuentes de apoyo (Tardy, 1985).

Los estudios indican que es más importante el apoyo social percibido que el que realmente se recibe, produciendo un impacto mayor en la salud y el bienestar (Barrón & Chacón, 1992).

Entre los efectos amortiguadores que tiene el apoyo social se encuentra que protege al sujeto de los efectos patógenos y de los sucesos estresantes (Cohen & Syme, 1985; Gore, 1981) y previene o reduce las respuestas a situaciones estresantes (Aranda, Pando, Salazar, Torres, & Aldrete, 2009).

Si los trabajadores se identifican con su equipo de trabajo (mayor apoyo social) tienen menores niveles de estrés (Jimmieson, McKimmie, Hannam, & Gallagher, 2010). De los tres tipos de apoyo organizacional posibles: de directivos, supervisores y compañeros, éste último es el más importante para enfrentarse a las exigencias del trabajo, ya que disminuye y mejora la seguridad del trabajador, sobre todo en situación de riesgo cuando el trabajador debe realizar trabajos peligrosos (Turner, Chmiel, Hershcovis, & Walls, 2010). Si el trabajador percibe un elevado apoyo organizacional tendrá un menor número de síntomas somáticos y de ansiedad (Matud, Carballeira, López, Marrero, & Ibáñez, 2002; Nakao, Tamiya, & Yano, 2005), además, mejora su satisfacción laboral (Schonfeld, 2001).

Por el contrario, la falta del apoyo social puede desencadenar o facilitar los efectos del síndrome de quemarse en el trabajo (Capilla, 2000; Gil-Monte, 2000; Gil-Monte & Peiró, 1997; Manzano & Ramos, 2001; Pando, Bermúdez, Aranda, & Pérez, 2000).



El bajo apoyo social es un factor predictivo para el inicio de un cuadro de ansiedad, según los resultados hallados en una investigación con 3707 empleados que participaron en un estudio sobre la fatiga en el trabajo (Andrea et al., 2009).

Debido al efecto beneficioso del apoyo social una estrategia recomendable en el trabajo sería fomentar el apoyo social por parte de compañeros y superiores (Aranda, Pando, & Pérez, 2004).

Hasta aquí hemos visto investigaciones que demuestran que los riesgos psicosociales influyen en la salud de los trabajadores, pero también existen variables de personalidad de los trabajadores que influyen en la salud de los mismos. En este sentido, los trabajadores que presentan un elevado rasgo de ansiedad tienden a percibir las situaciones como más amenazantes y, por tanto, puntúan más alto en la percepción de riesgos psicosociales que aquellos trabajadores con un menor rasgo de ansiedad (Luceño, Martín, Rubio, & Díaz, 2004; Luceño, Martín, Jaén, & Díaz 2006; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1986). Además, los sujetos más ansiosos tienden a atender de manera selectiva y a interpretar de un modo más catastrófico el entorno, recordando más la estimulación negativa que la neutra (Sanz, Miguel-Tobal, & Casado, 2011).

En este apartado hemos hecho un repaso de algunos estudios que relacionan las características del trabajo con estrés, ansiedad e insatisfacción en los trabajadores. Además se ha visto algunas características de los trabajadores que pueden influir en cómo perciben su entorno laboral, y por tanto pueden tener un impacto en su salud laboral. En este sentido se ha estudiado la importancia que tiene un clima laboral saludable para el desarrollo del trabajo y la salud, tanto física como psicológica del trabajador, sin tener en cuenta la diferencia entre hombres y mujeres, ya que ello se verá en el siguiente capítulo.

## **PARTE TEÓRICA:**



## **CAPÍTULO II.**

### **DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTRÉS, ANSIEDAD Y SALUD EN HOMBRES Y MUJERES**

- Introducción: Salud
- Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales y estrés entre hombres y mujeres
- Diferencias en ansiedad en hombres y mujeres
- Influencia en la salud del estrés laboral: Dolencias
- Medicamentos
- Deporte: Ejercicio físico
- Consumo de tabaco



En el capítulo anterior se hizo una revisión de la parte teórica de los riesgos psicosociales, la ansiedad y el estrés y los estudios que hacen referencia a las relaciones que existen entre ellos en los trabajadores en general.

En este capítulo se verán estudios relativos a la salud y si existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con, los riesgos psicosociales, el estrés y la ansiedad.

## 2.1. Introducción: La salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un *estado dinámico completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia*. Además la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva (OMS, 1997).

Los estudios que buscan explicar las diferencias entre hombres y mujeres en la salud se encuentran en un rango de teorías que varían desde explicaciones socioculturales hasta las que favorecen una base biológica para tales diferencias (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). Estos modelos son: (a) el *modelo biomédico*, que postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos sexos; (b) *estudios epidemiológicos* que atribuyen las diferencias a la exposición diferencial a factores de riesgo (conductas y exposición a sustancias diferentes); (c) enfoques *ambientalistas o psicosociales*, defienden que son las variables socioculturales, a través de los roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan y afrontan su malestar, combinando categorías de análisis a nivel individual e interpersonal (diferencias en personalidad, afrontamiento, autoeficacia) y aspectos sociales, económicos y políticos que contribuyen con diferentes riesgos para la salud de hombres y mujeres; (d) y el *modelo biopsicosocial*, que integra los diferentes

elementos de los anteriores, considerando la interrelación entre estos factores, biológicos, psicológicos y sociales en la determinación de las condiciones de salud (Montero et al. 2004; García-Mina, 2000).

La salud ha sido entendida durante los últimos años dentro de un modelo biopsicosocial que permite considerarla como un todo global que incluye como determinantes de la salud la cultura, raza, etnia, género, orientación sexual, estatus socioeconómico, bienestar físico y edad (Penner, Albrecht, Coleman, & Norton, 2007).

Dentro de este modelo biopsicosocial se plantea que al hablar de salud hay que tener en cuenta los efectos que sobre la salud pueden tener la clase social o el estatus socioeconómico y que éstos, a su vez, son sinónimos de ocupación, ingresos o educación (Anderson & Armstead, 1995).

En la actualidad, y según diferentes encuestas y organismos (Eurofound, 2012; European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] 2007; INSHT, 2007; INSHT, 2011) un número elevado de trabajadores tienen algún tipo de enfermedad, y consideran que de algún modo el trabajo ha influido en la presencia de la misma y en su estado de salud, por lo que la autopercepción que tienen de su salud no es buena.

Así, según la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2007), el 22.5% de los trabajadores indicaba que el trabajo está afectando a su salud, además en la VII Encuesta del año 2011 (INSHT, 2011) el 72% comenta que tiene algún problema de salud.

Por otro lado, los datos del Ministerio de Trabajo en el año 2010 nos informan que se registraron 10.042 casos de enfermedades causadas o provocadas por el trabajo, lo que indica 24 bajas por cada 100 trabajadores (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011).

El aumento de la esperanza de vida ha dirigido el interés médico hacia las causas de la muerte derivadas de las enfermedades crónicas (Brannon & Feist, 2001). La mayoría de estas enfermedades crónicas van ligadas al consumo de tabaco, dieta e inactividad física, así como al consumo de drogas, el abuso de alcohol y el estrés (McGinnis & Folge, 1993).

En los siguientes apartados se analizan estas variables que afectan a la salud y cómo están influidas a su vez por la condición laboral de la persona y la percepción de riesgos psicosociales en el trabajo.

## **2.2. Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales y estrés entre hombres y mujeres**

Hay que tener en cuenta a la hora de estudiar las diferencias en la percepción de riesgos psicosociales que una exposición mantenida en el tiempo, es decir prolongada, a los riesgos psicosociales puede llegar a producir estrés en el trabajador, ya sea hombre o mujer. Los riesgos psicosociales afectan de modo diferente a hombres y a mujeres, en algunos casos la diferencia se debe a la intensidad con la que se percibe el riesgo y en otros casos es debido a que las fuentes del estrés son distintas, es decir hay riesgos en el trabajo que afectan más a las mujeres y otros a los hombres. Estas diferencias que se producen pueden tener entre sus causas: los tipos de trabajo realizados, unos tienen más probabilidad de provocar estrés; o el distinto rol desempeñado por hombres y mujeres que hace que la estrategia de afrontamiento empleada para hacer frente al estrés sea diferente. Aunque no podemos olvidar otro tipo de factores que debemos de tener en cuenta, como son el tipo de cualificación y renta, a la hora de comparar los efectos producidos por el estrés en el trabajo y las causas que lo provocan, ya que en personas más cualificadas laboralmente y con mayor renta puede que se atenúen las diferencias e incluso desaparezcan (Artazcoz et. al, 2004) Pero a nivel general, las encuestas nos indican que el estrés sigue aumentando y de modo mayor en las mujeres (Eurofound,2012).

Algunos de los estudios analizados indican que existen diferencias en la percepción de riesgos psicosociales entre hombres y mujeres, ya que las mujeres trabajadoras tienen una peor percepción del riesgo psicosocial, de acuerdo con diferentes estudios (Antoniou, Polychroni, & Vlachakis, 2006; Bildt & Michelsen, 2002; Catalina, Corrales, Cortés, & Gelpi, 2008; Stenlund et al., 2007; Vermeulen & Mustard, 2000). También encontramos que, según diferentes estudios, en el ámbito laboral se dan mayores niveles de estrés en las mujeres que en los hombres (Burke, 1999; Misra, Crist, & Burant, 2003; Misra, Mckean, West, & Russo, 2000; Spence & Robbins, 1992). A continuación, se repasan distintas investigaciones que apoyan estos resultados.

En una muestra de 493 profesores griegos de primaria y secundaria, encontraron que las mujeres mostraron niveles significativamente superiores de estrés ocupacional, especialmente en relación con la interacción con alumnos y compañeros, la carga de trabajo, el progreso de los estudiantes y el agotamiento emocional (Antoniou et al., 2006).

En Suecia Bildt y Michélsen (2002) encontraron un mayor número de factores psicosociales asociados a una mala salud mental entre las mujeres (trabajo a turnos, tensión laboral, falta de formación a cuenta de la empresa, bajo orgullo profesional, trabajo poco estimulante y escaso apoyo social) que entre los hombres (trabajo a turnos y bajo orgullo profesional); otros estudios también encuentran esta relación, sin embargo Roesler, Jacobi y Rau (2006), no encontraron diferencias de sexo, entre las características del trabajo y los trastornos mentales.

Nos encontramos con que las mujeres indican que tienen más condiciones de riesgo psicosocial que los hombres, condiciones laborales negativas, según los resultados obtenidos en otras investigaciones (Matthews, Hertzman, Ostry, & Power, 1998; Wilkins & Beaudet, 1998).

Otros estudios en Suecia, han detectado un mayor nivel de estrés procedente del empleo, más conflictos entre las demandas laborales y extralaborales y mayor carga total de trabajo (trabajo remunerado y trabajo doméstico) entre las mujeres (Berntsson, Lundberg, & Krantz 2006).

También Vermeulen y Mustard (2000) señalan que las mujeres tienen un mayor riesgo psicosocial en una muestra de 7.484 trabajadores/as, que puede ser debido a que las mujeres ocupaban más puestos de trabajo pasivos (bajas demandas y bajo control) y de alta tensión (altas demandas y bajo control), que son puestos con un mayor riesgo y una peor calidad psicosocial.

Según una investigación efectuada con trabajadores/as de la Comunidad de Madrid, la peor percepción de riesgo psicosocial se da en el sentido de que las mujeres perciben menor autonomía, menos oportunidad de desarrollo, y menos oportunidades de poner en práctica sus habilidades, además, perciben más inseguridad y más obstáculos para conciliar la vida laboral y familiar que los hombres (Catalina et al., 2008). Algunos autores señalan que para los hombres la



inseguridad laboral es un factor de riesgo mayor, mientras que para las mujeres lo son las demandas emocionales (Nieuwenhuijsen et al., 2010).

Por lo que respecta a las fuentes del estrés laboral, en un análisis efectuado para detectar las mismas se obtienen diferencias entre los hombres y las mujeres. En concreto, para las mujeres una fuente de estrés son las relaciones interpersonales, mientras que para el hombre las fuentes del estrés se relacionan con la situación laboral y la carga que para él tenga el trabajo (Rowlands, 2008).

En el estudio efectuado por Stenlund et al. (2007) se encontró que las mujeres con burnout tienen menos control sobre el trabajo, mayor proporción de trabajo no remunerado y trabajan con personas más a menudo que los hombres, tienen menor soporte emocional, una situación laboral más sedentaria y mayor tensión laboral. En los hombres solo se encontró que tienden a tener una red menor de apoyo social en el trabajo y a informar de que trabajan más horas extras.

En otros estudios las malas condiciones de trabajo, también consideradas como fuente de estrés y responsables de la aparición de trastornos de ansiedad o depresivos, no han mostrado diferencias significativas entre hombres y mujeres, es decir, afectan por igual a ambos (Plaisier et al., 2007). Sin embargo, en las mujeres el apoyo social es el factor clave que amortigua el desarrollo de estos trastornos, mientras que para los hombres las bajas exigencias psicológicas en el trabajo son las que amortiguan el desarrollo de problemas de salud (Plaisier et al., 2007).

El apoyo social es un componente más relevante en las mujeres ya que además de tener las mujeres más niveles de estrés en el ámbito laboral que los hombres como ya se ha comentado, a las mujeres les afecta más el estrés de los que les rodean y se implican más tanto en las redes sociales como en las familiares (Kessler & McLeod, 1984). De hecho, para la mujer la influencia que tiene el apoyo social en la satisfacción laboral es más relevante que para los hombres, por lo que ellos no necesitan tanto apoyo social en el trabajo para sentirse satisfechos con él (Perrewe & Carlson, 2002).

Como se comentaba anteriormente, las demandas percibidas pueden variar el estrés que genera en las personas. Por ejemplo, las mayores demandas percibidas por los hombres están relacionadas con el estrés de rol ambigüedad y conflicto,

teniendo en cuenta el Modelo de la Escuela de Michigan (French & Kahn, 1962; Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosentbal, 1964) que considera el estrés como un proceso que es interactivo entre el entorno y el trabajador. Los hombres presentan mayores niveles de despersonalización (componente burnout) y de aburrimiento que las mujeres. Las mujeres presentan mayor nivel de desajuste emocional positivo (perciben más competencias emocionales de las que demanda el trabajo). Además, las mujeres tienen mayor nivel de salud psicosocial o bienestar en el trabajo que los hombres, en las variables que tienen que ver tanto con las emociones en el trabajo (como vigor y absorción, engagement) como con la satisfacción laboral, aunque los hombres están más comprometidos con la organización, factor más conductual (Cifre, Salanova, & Franco, 2011). En esta misma línea, se ha encontrado que a los hombres les afecta más el factor psicosocial claridad del rol y a la mujer el conflicto familia-trabajo y la autonomía en la percepción de sus riesgos psicosociales (Salanova, Cifre, Martínez, Llorens, & Lorente, 2011). Este estrés producido por sobrecarga laboral y conflicto de roles es un factor que desencadena más problemas de salud en las mujeres que en los hombres (Lundberg & Frankenhaeuser, 1999; Lundberg, Mardberg, & Frankenhaeuser, 1994;). En otros estudios los riesgos psicosociales que afectan más a la salud psicológica de los hombres son la relación con jefes y compañeros y la fatiga; y en las mujeres, la importancia dada por los demás al trabajo que realiza, nivel de fatiga mental, adaptarse a nuevas situaciones y relaciones con los jefes (Martín del Río, Solanes Puchol, & Moliner Cantos, 2008).

Otro factor a tener en cuenta para entender las diferencias entre los hombres y las mujeres en la percepción de estrés se encuentra en el modo de afrontar el mismo, las estrategias utilizadas, ya que los estudios indican que la mujer afronta el estrés de forma menos adecuada, debido a sus patrones de socialización, ya que para la mujer es más difícil tomar una postura activa de solución de problemas debido al rol femenino tradicional que la describe como dependiente, con necesidades de afiliación a los demás, con alta expresividad emocional, falta de asertividad y subordinación de sus propias necesidades a las de los otros (Matud, 2004; Matud, Guerrero, & Matías, 2006). En cambio, el rol tradicional masculino se relaciona con autonomía, autoconfianza, asertividad, orientación al logro e instrumentalidad (Matud, 2004; Matud et al., 2006). Por tanto, en las estrategias de afrontamiento del

estrés, en los hombres predominan las activas y no emotivas, y en las mujeres las que tienen un componente emocional y afectivo. Por ello, al referirse a los estresores que les afectan los hombres se refieren más a problemas laborales y económicos, y las mujeres a problemas emocionales (Clemente, Córdoba, & Gimeno 2003).

Sin embargo, aunque existen problemas en las mujeres directivas para mantener un equilibrio entre las demandas que se presentan en el trabajo y la familia y para relajarse después de su trabajo, se ha comprobado que aquellas mujeres que desempeñan un puesto de responsabilidad y están sometidas a mayor estrés tienen más estrategias para hacer frente al mismo, incluso con mayor eficacia que los hombres (Frankenhaeuser, 1996).

Además el factor tiempo, la duración y el mantenimiento en el tiempo en la exposición a riesgos psicosociales puede producir un incremento del estrés, y éste a su vez, trastornos cardiovasculares (Fernández, Siegrist, Rödel, & Hernández-Mejía, 2003; Hernández, Salazar & Gómez, 2004; Kuper, Singh-Manoux, Siegrist & Marmot, 2002; Landsbergis et al., 2003; Serrano, Moya-Albiol, & Salvador, 2009). El mayor riesgo de padecer trastornos cardiovasculares viene determinado por tener mayor sobrecarga laboral, sufrir discriminación laboral, roles de género asignados a cada sexo, aislamiento social, tener conflictos familia-trabajo y tener un mayor número de responsabilidades familiares, aspectos de los que las mujeres informan más (Ferris, Sinclair, & Kline, 2005).

Sin embargo, no todos los estudios señalan que las diferencias entre hombres y mujeres se deban a una diferencia en la percepción de riesgos psicosociales. Algunos autores señalan que las diferencias que se encuentran podrían depender de factores como la cualificación y el nivel de renta. De este modo la distribución de las diferencias de género en los factores de riesgo psicosocial se podría atenuar e incluso desaparecer en las poblaciones más cualificadas (Artazcoz et al, 2004). Por ejemplo, se ha encontrado que no aparecen diferencias de género en cuanto a la satisfacción profesional, vida laboral y desgaste en un colectivo de médicos (Keeton, Fenner, Jhonson, & Hayward, 2007). También analizando un grupo de médicos/as en su percepción de las demandas psicológicas, apoyo social y control sobre su trabajo, se comprobó que no había diferencias; sin embargo, al comparar a este grupo con el

personal de enfermería sí había diferencias entre enfermeros y enfermeras, encontrándose que las enfermeras tenían una percepción más negativa de su entorno laboral (Escribà-Agüir, Martín-Baena, & Pérez-Hoyos, 2002). Por tanto, esto apoyaría lo señalado por Artazcoz y cols. (2004) sobre la desaparición de las diferencias en grupos con mayor cualificación y mejor renta.

Pero concluimos este apartado con los datos de la encuesta efectuada por la American Psychological Association, (National Institutes of Mental Health, 2009) en relación a las diferencias en los niveles de estrés de hombres y mujeres, que nos dice que el 49% de las mujeres indican que su nivel de estrés ha aumentado en los últimos cinco años frente al 39% de los hombres, siendo las mujeres casadas las que tienen mayores niveles de estrés (el 33%) frente a las solteras (el 22%).

### **2.3. Diferencias en ansiedad en hombres y mujeres**

Estudios realizados desde una perspectiva epidemiológica, con grandes muestras de sujetos y datos de encuestas nacionales, encuentran sistemáticamente diferencias entre sexos en la prevalencia de trastornos mentales específicos, siendo más prevalente en mujeres trastornos emocionales (trastornos depresivos y de ansiedad) mientras que en los varones prevalecen los trastornos de personalidad antisocial y trastornos de abuso de sustancias, aunque no se observan diferencias de género en las tasas globales de trastornos mentales (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000; Eaton et al., 2012).

En este sentido, los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2006a), en un estudio transversal efectuado con los datos de 29.476 personas, las mujeres muestran mayor prevalencia de problemas de salud mental (24.6%) que los hombres (14.7%) y mayor morbilidad en las mujeres en todas las condiciones analizadas (estar separado o divorciado, ser inmigrante en un país desarrollado, tener poco apoyo social, estar desempleado o de baja por enfermedad, con enfermedades crónicas y tener restringidas las actividades diarias por problemas de salud) (Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010). Se ha constatado, por tanto, que existen diferencias cualitativas y cuantitativas entre hombres y mujeres en cuanto al perfil psicopatológico, a la morbilidad psiquiátrica y

a la forma de expresar y manifestar el malestar (Cano-Vindel, 2011; Montero et al., 2004). Esto ha llevado a considerar la pertenencia al sexo femenino como factor de riesgo de padecer sintomatología depresiva y ansiedad (Valls-Llobet, Ojuel-Solsona, López-Carrillo, & Fuentes-Pujol, 2007).

Los trastornos de ansiedad no solo son más frecuentes en las mujeres, sino que también son más incapacitantes y más mantenidos en el tiempo, lo que lleva a que tengan más probabilidad de ser diagnosticadas de otro trastorno de ansiedad, bulimia nerviosa o depresión mayor y se constata una mayor carga de enfermedad asociada a trastornos de ansiedad en mujeres respecto a los varones (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011).

En la investigación sobre los trastornos de ansiedad se ha concluido que las mujeres son más propensas a reaccionar de forma ansiosa, lo que hace que ante una situación estresante se muestren más inseguras, ansiosas y preocupadas que los hombres (Cano-Vindel & Serrano-Beltrán, 2006; Cardenal, 2001, 2003; Kessler, Chiu, Demler, Merikanga, & Walters, 2005; Tomei et al., 2006).

Desde explicaciones socio-ambientales se hace énfasis en la influencia que la socialización temprana de niños y niñas, en la adquisición de conductas apropiadas de género, puede tener en la forma en que hombres y mujeres expresan sus malestares. Se argumenta que a las niñas se les fomentan actitudes que contribuyen a internalizar la angustia, mientras que a los niños se les anima a comunicar su malestar. Si la internalización está asociada a trastornos depresivos, ansiedad e ideación suicida y la externalización conduce a un comportamiento antisocial, consumo de sustancias y consumación del suicidio, esto explicaría en parte la influencia del género en la salud mental (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). Esto se manifiesta en la diferente manera que tienen hombres y mujeres de manifestar sus emociones: los hombres expresan más las emociones positivas como calma y entusiasmo y las mujeres expresan más las emociones negativas como ansiedad y tristeza (Simon & Nath, 2004).

En un estudio efectuado en la Comunidad de Madrid con una muestra aleatoria formada por 500 personas, de diferentes clases sociales y nivel de estudios, se concluye que aunque las mujeres puntúan más alto en ansiedad fisiológica,

cognitiva y total que los hombres, cuando se analizan los datos según la condición laboral, estas diferencias se mitigan, no obteniéndose diferencias entre hombres y mujeres parados, por lo que se plantea que hay que tener en cuenta la condición laboral a la hora de valorar la ansiedad (Sánchez-López, Aparicio-García, & Dresch, 2006).

Si se analiza la ansiedad por trastornos, los datos indican que el porcentaje de mujeres al menos duplica al de hombres al considerar todos los trastornos de ansiedad en conjunto; la única excepción se da en el trastorno obsesivo-compulsivo, donde el porcentaje de mujeres no es significativamente superior al de los hombres (Bernaldo de Quirós et al., 2012). Además la prevalencia-año de los trastornos de ansiedad en las mujeres es mayor que la de los hombres (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006), encontrando que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, lo que se atribuye a razones hormonales pero sin precisar el por qué (Arenas & Puigcever, 2009).

En relación con el trastorno de ansiedad generalizada, una revisión sistemática encontró que la ansiedad se da aproximadamente dos veces más en las mujeres que en los hombres (Newman & Anderson, 2007), teniendo en cuenta los predictores sociodemográficos (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994; Woodman, Noyes, Black, Schlosser, & Yagla, 1999; Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996). Además influyen otro tipo de predictores como son la media de edad, bajos ingresos, viudedad, separación o divorcio (Grant et al., 2005; Hunt, Issakidis, & Andrews, 2002). Y cuando se comparan sujetos no ansiosos, con sujetos con trastornos de ansiedad generalizada son las mujeres las que puntúan más alto en ansiedad (Dutton, 2002).

En el caso específico de trastornos por estrés postraumático son las mujeres las que presentan mayor prevalencia a lo largo de su vida de sufrir ansiedad, el 10% frente al 5% de los hombres (Altemus & Epstein, 2008; Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007).

Haciendo referencia a la parte fisiológica de los sujetos y teniendo en cuenta la neuroanatomía, en la actualidad se acepta que las variantes estructurales, químicas y funcionales entre el cerebro del hombre y de la mujer afectan a todos los ámbitos del

sujeto (Cahill, 2006, 2009). En relación a la amígdala y al hipocampo implicadas en las emociones y respuestas al estrés, la amígdala es mayor en la mujer y el hipocampo en el hombre; además las mujeres tienen más actividad en la amígdala izquierda y los hombres en la amígdala derecha, cuando se evaluaron recuerdos de sucesos, por ello la mujer recuerda más los detalles y en el hombre su recuerdo es más global (Cahill, 2003; Cahill et al., 2001). También en el cerebro, mediante neuroimagen se ha podido comprobar que existen diferencias en los hombres y mujeres que tienen angustia, los hombres presentan una reducción en la amígdala derecha y en la corteza insular bilateral y en las mujeres la disminución se da en el giro temporal derecho, en la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, en la corteza parietal y en el tálamo (Asami et al., 2009). Ello explicaría las diferencias que se dan en la sintomatología de hombres y mujeres en este tipo de emoción.

Por todo ello se cree que existen factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que son los que explican el hecho de que en la mujer se den más trastornos de ansiedad (Arenas & Puigcerver, 2009). Aunque también se señala que las diferencias a la hora de desarrollar trastornos de ansiedad surgen en la adolescencia y tienden a desaparecer en la menopausia de la mujer (Arenas & Puigcerver, 2009).

En concreto, la rumiación, que se encuentra relacionada con problemas emocionales, entre ellos síntomas de ansiedad (Schwartz & Koenig, 1996), ya es mayor en las niñas que en los niños (Rose, 2002) y se intensifica en la adolescencia, las niñas hacen atribuciones internas a los problemas y aumenta la internalización de los síntomas (Stevens & Prinstein, 2005). Algunos autores sostienen que la menor valoración social de las mujeres, así como las menores oportunidades de empleo y las desigualdades de poder dentro del matrimonio, sumado a la mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico, contribuye al mayor número de acontecimientos vitales negativos en las mujeres respecto a los hombres, lo que conduce a un bajo dominio (baja percepción de control sobre los acontecimientos propios) y a mayor rumiación (pensamientos recurrentes, centrado en los propios malestares, causas y consecuencias de los mismos) que contribuye a mayores tasas de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, Grayson, & Larson, 1999).

McLean y Anderson (2009) partiendo de la hipótesis de que la socialización puede influir, al menos parcialmente, en la mayor propensión a desarrollar trastornos de ansiedad y temor, realizan una revisión de los datos existentes en la literatura, considerando todos los posibles factores etiológicos (influencias biológicas, factores temperamentales, estrés, trauma, factores cognitivos y ambientales), concluyendo que a través de análisis a niveles molares de funcionamiento, permiten observar con mayor consistencia una moderada influencia de la socialización en los procesos de ansiedad. Desde una perspectiva transaccional de vulnerabilidad psicológica en relación con el estrés (diátesis- estrés), permiten vincular los diversos factores asociados a los roles de género, entendiendo que es la interacción de los múltiples factores propuestos, los que favorecen el desarrollo de ciertas patologías psicológicas y físicas.

#### **2.4. Influencia en la salud del estrés laboral: Dolencias**

Las dolencias que presentan las personas son, en ocasiones, una consecuencia de su salud general y del estrés que sufren. La autopercepción que una persona tenga de su buena salud se relaciona de modo positivo con una condición física adecuada, y de modo negativo con la ansiedad y el estrés percibido (Craft, 2005; Remor & Pérez-Llantada, 2007; Shirom, Toker, Berliner, Shapira, & Melamed, 2008). Los indicadores de una buena salud psicológica supondrían bajos niveles de ansiedad (Chamberlain & Haaga, 2001) altos niveles de autoestima (Axelsson & Ejlerstsson, 2002) y también altos niveles de satisfacción (Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003). También hay muchos factores que influyen en las quejas acerca de los síntomas de los problemas de dolencias que tienen los individuos ya que no dependen solo de las características físicas sino también de las biológicas, psicológicas y de factores sociales (Vedsted, Fink, Olesen, & Munk-Jorgensen, 2001).

Las dolencias informadas por las personas son una de las variables que se tienen en cuenta para la valoración de la salud. Las dolencias que se incluyen dentro de los síntomas señalados en la Comisión Europea (1999) y que influyen en el estrés laboral son: a nivel cognitivo-subjetivo (preocupación, temor, miedo, falta de



concentración, etc.); nivel motor u observable (fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora, ir de un lado a otro, llorar, etc.) y nivel fisiológico (sudoración, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias estómago, mareo, etc.). Estos síntomas son molestos para la persona, lo que hará que quiera hacerlos desaparecer en un corto período de tiempo; si no lo consigue y nota agotamiento físico, se le unirá con el tiempo un agotamiento emocional (Pollán, Idoate, & Gabari, 1992).

La influencia de estas dolencias en el ámbito laboral hace que se incluyan dentro de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) como daños derivados del trabajo considerando *a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, y entiende dentro del concepto condición de trabajo: "todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador. Esto incluye a los factores psicosociales"* (INSHT, 1995).

Dentro de la política de empleo de la Unión Europea, se le ha dado un papel muy importante a la salud y a la seguridad en el trabajo, recogándose en la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2007-2012, (COM, 2007): *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales tienen un coste elevado tanto humano como económico, en esta estrategia la Comisión propone reducir en un 25 % el índice de siniestralidad laboral de aquí a 2012.*

Los motivos de estas consideraciones derivan de diferentes estudios donde se señala que existe relación entre el estrés y la aparición de enfermedades o problemas de salud, entre los que podemos citar los problemas: cardiovasculares y endocrinos (Belkic, Landsbergis, Schnall, & Baker, 2004; Bosman, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998; Hernández, Salazar, & Gómez, 2004; Kuper et al., 2002; Serrano et al., 2009; Schnall, Landsbergis, & Baker, 1994; Stansfeld & Marmot, 2002), síndrome metabólico (Chandola et al., 2006), riesgo de enfermedad en general (Clausen, Christensen, & Borg, 2010), elevación de indicadores bioquímicos de estrés en el plasma (López, Gozalo, Mingote, & Borobia, 2008; Okuno et al., 2011) dolores musculoesqueléticos, ansiedad y depresión (Mercer, 2008), quejas psicosomáticas y pobre evaluación de la salud (Pikhart et al., 2001), hipertensión (Román, Romeo, & Ramírez, 2003), problemas musculoesqueléticos (Stansfeld, Bosman, Hemingway, &

Marmot, 1998) y disfunciones psicológicas, ansiedad y depresión (Stansfeld & Candy, 2006).

Los datos facilitados por distintos Organismos indican que se registran numerosas bajas laborales por problemas asociados al estrés en los trabajadores y que dan lugar a otros tipos de enfermedades como son enfermedades cardíacas, trastornos musculoesqueléticos, depresión, ansiedad y nerviosismo entre otras (EU-OSHA, 2002; INSHT, 2007, 2011; Observatorio Riesgos Laborales UGT, 2010). En España, el estrés laboral causa o agrava enfermedades en las personas, según los datos que publicó el Ministerio de Trabajo en el 2010. En ese año, se registraron 10.042 casos de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo, lo que da un total de 24 bajas por cada 1.000 trabajadores (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011)

Recientemente se ha creado una relación de patologías, clasificadas en categorías, según se detalla en la tabla 12 que integra tanto las patologías recogidas en el sistema de notificación *CEPROSS* (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) como las recogidas en el sistema *PANOTRATSS* (notificación patologías no traumáticas) en la que se encuentran las patologías no traumáticas causadas por el trabajo, así como las enfermedades o defectos que tenía anteriormente el trabajador y que se agravan por una lesión constitutiva del accidente. Esta información se encuentra en el informe anual del Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS) del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012).

En el informe publicado en el año 2010 los datos de PANOTRATSS nos indican 11.069 patologías no traumáticas causadas por el trabajo, y CEPROSS señala 18.186 enfermedades profesionales en el mismo período.

Tabla 12

*Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo*

Categorías	Patologías
01. Enfermedades infecciosas y parasitarias	b, Otras enfermedades víricas n, Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
02. Neoplasias	n, Neoplasias
03. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	a, Coagulopatías y otras enfermedades de la sangre y órganos relacionados n, Otras enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico
04. Enfermedades endocrinas	a, Trastorno del metabolismo n, Otras enfermedades endocrinas
05. Desórdenes mentales	a, Desórdenes afectivos b, Trastornos fóbicos y neuróticos n, Otros desórdenes mentales
06. Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	a, Enfermedades agudas del sistema nervioso central e, Trastornos localizados de los nervios f, Neuropatías y polineuropatías
07. Enfermedades de los sentidos	a, Alteraciones de la visión y ceguera b, Afecciones de la conjuntiva c, Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos filiares e, Afecciones del interior del ojo y de la retina h, Alteraciones de la visión y ceguera i, Enfermedades del oído medio j, Enfermedades del oído interno k, Otras enfermedades del oído n, Otras enfermedades de los sentidos
09. Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	a, Enfermedad cardíaca isquémica b, Enfermedades de la circulación pulmonar c, Otras enfermedades cardíacas d, Enfermedades de la circulación cerebral e, Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos f, Otras enfermedades del sistema circulatorio

*Nota:* Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012) Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). (Artículo 115. 2e) y 2f) de la Ley General de Seguridad Social) Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>

Tabla 12 continuación

*Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo*

Categorías	Patologías
10. Enfermedades del sistema respiratorio	a, Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior b, Otras enfermedades de las vías respiratorias altas c, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias d, Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas e, Otras enfermedades de la pleura
11. Enfermedades del sistema digestivo	a, Enfermedades de la boca y de los dientes b, Hernias n, Otras enfermedades del sistema digestivo
12. Enfermedades de la piel	a, Infecciones de la piel y subcutáneas e, Urticaria y eritema f, Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos g, Enfermedades de los órganos accesorios de la piel h, Otras enfermedades de la piel
13. Enfermedades del aparato locomotor	c, Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda e, Osteopatías y condropatías n, Otras enfermedades del aparato locomotor
14. Enfermedades del sistema genitourinario	a, Enfermedades del aparato genital masculino
18. Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte	n, Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte
19. Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	c, Lesiones por otras causas externas n, Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos
23. Factores que afectan el estado sanitario	a, Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias

*Nota:* Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012) Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). (Artículo 115. 2e) y 2f) de la Ley General de Seguridad Social) Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>

Según los datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2011) en los que se valoraban las condiciones de trabajo, la seguridad y la salud laboral, en España se produjeron, en el año 2010, 16.850 enfermedades profesionales, de las que 9.803 supusieron alguna baja laboral. Las enfermedades físicas son las que causan mayor número de bajas laborales (13.262), siendo las patologías relacionadas con los tendones las más numerosas (8.347), seguidas de las parálisis nerviosas (2.532) y de la hipoacusia o sordera provocada por el ruido (1.415). Por tanto, las condiciones laborales parecen afectar a la salud del trabajador, de tal forma que aquellos empleados que muestran menor compromiso y menor experiencia tienen más riesgo de enfermedad (Clausen, Christensen, & Borg, 2010).

En esta línea, y según los resultados obtenidos en un metaanálisis efectuado por Stansfeld y Candy (2006), también se comprueba que la exposición prolongada a estresores puede producir enfermedades físicas y disfunciones psicológicas, como ansiedad y depresión. Las principales dolencias por las que los trabajadores faltan al trabajo tienen que ver con dolores musculoesqueléticos, ansiedad y depresión, que son trastornos derivados del estrés que sufren los trabajadores en el entorno laboral (Mercer, 2008).

Entre las condiciones de trabajo que influyen en una mala salud del trabajador podemos citar: la falta de ejercicio (Craft, 2005; Kouvonen et al., 2005; Remor & Pérez-Llantada, 2007; Shirom et al., 2008), el ambiente de trabajo (Plaisier et al., 2007), cambios de turnos (Akerstedt, 1990; Costa, 1996; Fernández-Montalvo & Piñol, 2000; Nicholson & D'Auria, 1999), falta de seguridad en el empleo (Chen, Wong, & Yu, 2009) tener un jefe tóxico (Piñuel, 2004), así como trabajar más horas de las establecidas (Stenlund et al., 2007).

Se ha investigado también la relación entre el estrés laboral (tensión) y el desarrollo de enfermedades o aumento de síntomas físicos, como mayor riesgo cardiovascular (Bosman et al., 1998; Fernández et al., 2003; Hernández et al., 2004; Kuper et al., 2002; Landsbergis et al., 2003; Stansfeld & Marmot, 2002), problemas musculoesqueléticos (Stansfeld et al., 1998), hipertensión (Román et al., 2003) quejas psicosomáticas y pobre evaluación de la propia salud (Pikhart et al., 2001).

Las relaciones entre el estrés laboral y las patologías cardiovasculares, como la presión arterial, la relación entre el estrés y los niveles de cortisol, cuya respuesta matutina nos indica si hay o no estrés crónico, se comprobaron en la revisión realizada por Serrano, Moya-Albiol y Salvador (2009) de los 20 años anteriores para lo que analizaron los indicadores cardiovasculares y endocrinos del estrés, tomando en cuenta datos de otras dos revisiones sobre el tema (Schnall, et al., 1994; Belkic et al., 2004).

El estrés influye en el aumento de algunos indicadores bioquímicos en el plasma, como son: la corticotropina (ACTH), el cortisol, índices de la actividad corticoadrenal, la noradrenalina (NA) y adrenalina (A), la actividad simpato-periférica y adrenal, la prolactina (PRL), la tirotropina (TSH). Índices que representan la actividad hipotálamo-hipofisaria (López et al., 2008). Algunos de estos aspectos se valoraron en un estudio realizado con empleados de un hospital en Japón. Se estudiaron los niveles de plasma BDNF y plasma MHPG (asociados con estrés psicológico en el trabajo y ciertos tipos de personalidad) encontrándose que los niveles en sangre de estos dos indicadores eran más altos en los empleados estresados (Okuno et al., 2011).

El estrés también puede influir en la salud mental de los trabajadores, de hecho se han identificado nueve fuentes de estrés en el trabajo que influyen en la mala salud mental de los trabajadores (Chen et al., 2009): conflicto entre trabajo y familia/vida social, poco desarrollo de la carrera, falta de logros en el trabajo, problemas de seguridad en el trabajo, mala gestión de los problemas, malas relaciones con los demás, malas condiciones ergonómicas del lugar de trabajo y una estructura organizacional deficiente.

Los estudios concluyen que la ansiedad influye negativamente en la salud física. Por ejemplo, en la adolescencia existe relación entre ansiedad y salud mental (Axelsson & Ejlertsson, 2002; Bagley & Mallick, 2001; Chamberlain & Haaga, 2001); las personas diabéticas tienen mayor ansiedad (Friedman, Vila, Timsit, Boitard, & Mouren-Simeoni, 1998; Scott et al., 2007); hay asociaciones negativas entre el agotamiento emocional y las inmunoglobulinas A y G (IgA e IgG, respectivamente), lo que implica que las personas con puntuaciones altas en neuroticismo y ansiedad se

caracterizan por bajo niveles basales de IgA y una reducción más pronunciada de IgA en determinadas condiciones de estrés (Graham, Bartholomeusz, Taboonpong, & La Brooy, 1988; Hennig, 1994; Söderfelt, 1997); en las personas que tienen lumbalgia crónica la intensidad del dolor está ligada con la ansiedad (Murphy, Thompson, & Morris, 1997); la ansiedad hace que aumenten las reacciones psicobiológicas en el organismo activándolo en exceso (Rohrmann, Hennig, & Netter, 2000); la ansiedad junto con la autoestima y la salud autopercebida son predictores de la salud (Sánchez- López et al., 2006). Se comprueba además que existe una relación positiva y significativa entre ansiedad y distintos problemas de salud, como son: obesidad, diabetes, asma, hipertensión, artritis, úlcera, trastornos cardiovasculares, dolores de cuello-espada y dolor de cabeza (Cano-Vindel, 2011).

Aunque los trastornos de ansiedad pueden ser tratados mediante terapia cognitivo conductual, no siempre el trabajador acude a consulta para tratar la ansiedad relacionada con el trabajo (Gunter & Whittal, 2010). Por ejemplo, se estima que sólo el 30% de los trabajadores con ansiedad fóbica relacionada con el trabajo recurre a una baja laboral (Haines, Williams, & Carson, 2002). Los psicólogos clínicos en general desaconsejan el que la persona con un trastorno de ansiedad se acoja a una baja laboral ya que el tratamiento de la ansiedad implica una exposición a las situaciones que le causan ansiedad, y evitarlas hace que disminuya la activación psicofisiológica, pero aumentaría la somatización (Lander, Friche, Tormemand, Andersen, & Kirkeskov, 2009).

En la comparación entre hombres y mujeres, los datos analizados por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad en el año 2006, indican que entre la población española de entre 45 y 65 años, las mujeres son las que sufren más enfermedades crónicas (60%) y que tienen una peor percepción de salud. Los hombres experimentan patologías más graves y tienen una menor esperanza de vida, pero las mujeres tienen peor salud, experimentando más dolores y más síntomas somáticos (Observatorio de Salud de la Mujer, 2006).

En el análisis de algunas dolencias concretas, las mujeres con estrés tienden a padecer más trastornos gastrointestinales o síndrome de intestino irritable, mientras que los hombres tienden más a sufrir de úlceras gástricas (Chial &

Camilleri, 2002). También se ha encontrado que las mujeres con altos niveles de ansiedad tienen más riesgo de padecer hipertensión (Adler & Matthews, 1994) y trastornos gastrointestinales (colon irritable) (Mingote, 2001). Por otro lado, las mujeres muestran más síntomas somatosensoriales, evaluados mediante la Escala de Amplificación Somatosensorial (Somatosensory Amplification Scale, SSAS; Barsky, Whysak, & Klerman, 1990), síntomas asociados con estrés laboral (Nakao et al., 2005).

Las mujeres ingresan más en hospitales por emergencia psiquiátrica a causa de trastornos de ansiedad relacionados con el estrés y por trastornos somatomorfos (63.4%) que los hombres (56.9%) (Segrec, Delic, & Pregelj, 2008).

El 10.8% de todos los trastornos mentales y del comportamiento podrían atribuirse a factores laborales, el 13.14% en los hombres, y el 8.29% en las mujeres. La incidencia de problemas de salud mental en las bajas por incapacidad temporal, tienen una incidencia del 63.92% en mujeres y del 36.08% en hombres, de un total de 9.751 bajas (Observatorio de Riesgos Psicosociales, 2010). De todos los trastornos mentales, la ansiedad es la que supone un mayor número de días de baja, siendo, en las mujeres, la proporción de baja médica por ansiedad del 62.83%, del 20.47% por estrés y del 9.61% por depresión; en los hombres es del 58.44% por ansiedad, del 18.39% por estrés y por del 9.18% en depresión. Estos datos varían de acuerdo a la edad y el sexo del trabajador, observándose que en el caso de las mujeres disminuyen los días de baja con la edad, mientras que en los hombres aumenta (Rodríguez et al., 2011).

El mayor número de bajas debidas a problemas de ansiedad y estrés en las mujeres está en consonancia con las investigaciones que ponen de manifiesto que a las mujeres se las ha diagnosticado con más frecuencia de problemas de salud mental (Moreno et al., 2000), debido probablemente a que ellas son más propensas a buscar ayuda y a dar a conocer sus problemas de salud mental al médico de atención primaria (Matud et al., 2006; Sweeting & West, 2003). De hecho, los datos indican que las mujeres visitan más al médico en general que los hombres (Sánchez-López et al., 2006; Aparicio-García, Ramos-Cejudo, Salguero, & Sanz-Blasco, 2011; Delgado Sánchez, 2001; Rosa-Jiménez, Montijano, Herráiz, & Zambrana, 2005), lo que puede



ser debido a que, teniendo en cuenta los roles que se ejercen, resulta más aceptable que la mujer acuda al médico, mostrando ellas una mayor predisposición a consultar, al ser una conducta que se ajusta al rol femenino (Markez et al., 2004). Los médicos de atención primaria ante pacientes con síntomas ansioso-depresivos tienen diferente actitud diagnóstico-terapéutica según el paciente sea hombre o mujer, ya que se basan en los datos de prevalencia clásicos a la hora de diagnosticar, por lo que entran en un círculo vicioso en el diagnóstico: hay mayor prevalencia en las mujeres porque los médicos diagnostican más y los médicos diagnostican más por suponer que hay mayor prevalencia (Moreno et al., 2000). Por otro lado, también se prescriben mayor cantidad de psicofármacos a las mujeres que a los varones debido, probablemente, a estos errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (Moreno et al., 2000).

Los estudios indican que existe diferencia en la voluntad de solicitar asistencia médica entre hombres y mujeres (Delgado Sánchez, 2001) sobre todo en la primera cita en atención primaria (Rosa-Jiménez et al., 2005). Las mujeres que sufren trastornos mentales, en general, solicitan asistencia de salud con mayor frecuencia que los hombres que padecen el mismo tipo de enfermedad (Arenas & Puigcerver, 2009; Matud et al., 2006; Sweeting & West, 2003).

Estos datos varían si tenemos en cuenta el rol laboral. Cuando la mujer tiene un trabajo remunerado va menos al médico y cree que su salud es mejor que la que informan las mujeres amas de casa (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortés, & Rohfs, 2004; Ferrer, Bosch, & Gili, 1998; Glass & Fujimoto, 1994; Sánchez- López et al., 2006; Rohlfs, de Andrés, Artazcoz, Ribalta, & Borrell, 1997; Sánchez López, Dresch, & Aparicio García, 2005; Verbrugge, 1983). En una encuesta efectuada en Brasil para analizar morbilidad y uso de los servicios de salud, descubrieron que las mujeres trabajadoras tenían más presencia de enfermedades crónicas pero iban menos al médico que las que no tienen un trabajo remunerado (Gomes & Tanaka, 2003). Por lo que la diferencia en relación a la percepción de la salud podría deberse más al hecho de que la mujer trabaje o no, que al sexo (Artazcoz, Borrell et al., 2004; Sánchez-López et al., 2006).

## 2.5. Medicamentos

Las situaciones de ansiedad y estrés vividas por la población y el mal estar originado, crea grandes costes sanitarios que provocan, entre otras cosas, un aumento del consumo de medicamentos (Goetzel et al., 2002).

El 15% de la población española toma medicamentos y la tasa aumenta cuando se trata de sujetos que tienen ansiedad y pánico (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008). La media europea de consumo de medicamentos está en 12.3% de la población, por lo que es más baja que la española. Además el consumo de ansiolíticos e hipnóticos ha pasado del 32.73% en 1992 al 69.92% en 2006, lo que ha supuesto un incremento de un 113.6%, como se puede observar en la figura 11 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008).

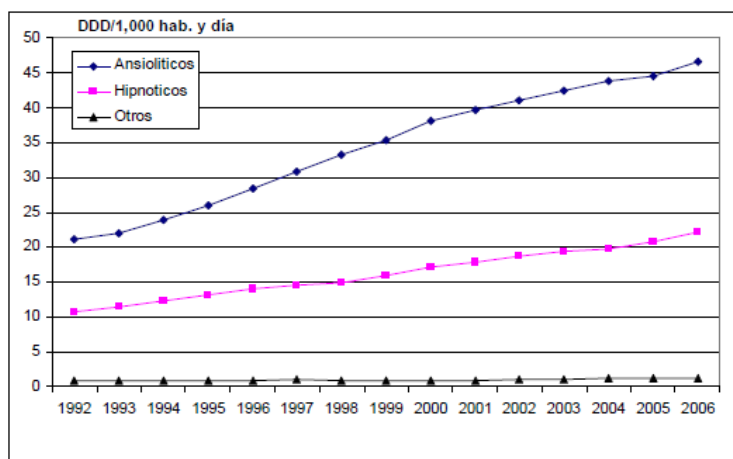


Figura 11. Evolución de la utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España. Datos expresados en ddd (dosis diarias) 1.000 habitantes y día. Sistema Nacional de Salud.

Las investigaciones señalan un aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, así como su uso inadecuado, en países occidentales. En los últimos 20 años se ha producido un incremento significativo también en nuestro país (Fernández, Gómez, Baidés, & Martínez, 2002). Los datos de ECOM (Especialidades Consumo de Medicamentos, del Ministerio de Sanidad y Consumo) nos indican que la utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España pasó de 39.71 dosis diarias por 1.000 habitantes en 1995 a 62.02 en el año 2002 (García et al., 2004). La Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en España 2009-2010 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) efectuada a 20.109 personas de 15-64 años,

residentes en hogares familiares, nos indica que el 31.8% de mujeres ha consumido hipnosedantes alguna vez frente al 19% de hombres, y el consumo actual es del 12.9% en mujeres frente a 6.1% de hombres.

Como se comentaba en el punto anterior, a las mujeres se las diagnostica más de trastornos ansiosos y depresivos que a los hombres (Arenas & Puigcerver, 2009; Doyal, 2001; Matud et al., 2006; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Sweeting & West, 2003) y se las prescriben mayor número de psicofármacos (Markez et al., 2004; Villaverde, Gracia, de la Fuente, González de Rivera, & Rodríguez Pulido, 1993; Vázquez-Barquero et al., 1997), lo que según algunos autores indica que las mujeres usan más psicofármacos que los hombres porque la sociedad les permite expresar sentimientos como la ansiedad y usar la atención médica para sus problemas emocionales (Cooperstock, 1974, 1982), así como tomar medicamentos al ser considerados como una droga lícita (Burin, Moncarz, & Velázquez, 1990).

La mayor prescripción de psicofármacos en las mujeres podrían deberse a las diferentes formas de manejo de la ansiedad y el estrés entre hombres y mujeres, el acudir o no al médico y la percepción que tienen ambos de la enfermedad (Markez et al., 2004). El consumo de tranquilizantes (prescritos o en autoconsumo) es tres veces superior en las mujeres (EDIS, 2000), sin embargo, el autoconsumo de hipnóticos adquiridos fuera de control médico es mayor en hombres que en mujeres (Vázquez-Barquero et al., 1997), lo que se explicaría por qué estos están menos dispuestos a contar sus problemas emocionales y evitan ir al médico (Vázquez-Barquero et al., 1997), mientras que ellas usan los tranquilizantes para aliviar la ansiedad, el estrés y la depresión (Romo et al., 2003).

Por último, también se encuentran diferencias en la respuesta a los medicamentos, siendo las mujeres las que mejor reaccionan a los inhibidores de la recaptación de serotonina en algunos trastornos mentales como la depresión (Phillips & First, 2009; Wisner & Dolan-Sewell, 2009; Yonkers, Narrow, & Halmi, 2009).

## **2.6. Deporte: ejercicio físico**

En los planes nacionales de salud se plantea como prioridad luchar contra el estilo de vida sedentario, puesto que el setenta por ciento de la población mundial no es lo suficientemente activo, y la inactividad es una de las diez principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo (WHO, 2002; Jacoby, Bull, & Neiman, 2003). La OMS indican que la baja actividad física provoca 5.3 millones de muertes al año en todo el mundo, cifra equiparable a las muertes por tabaco, por lo que se ha creado un manual de recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud (OMS, 2010). Investigaciones recientes indican que efectuar tres horas al día de actividad física aumenta la esperanza de vida en una media de dos años. Por ello se están realizando esfuerzos a nivel mundial para solucionar el problema y aumentar la actividad física (Kohl, et al., 2012).

Por tanto, una de las variables a tener en cuenta para valorar la salud es la práctica de ejercicio físico. La autopercepción de buena salud se relaciona de modo positivo con la buena condición física de la persona y de modo negativo con ansiedad y el estrés percibido (Shirom et al., 2008; Craft, 2005; Remor & Pérez-Llantada, 2007). Diferentes estudios indican la relación existente entre efectuar ejercicio físico y el bienestar psicológico, reduciendo niveles de estrés y aumentando el rendimiento en el trabajo, en algunos casos (Arent, Landers, & Etnier, 2000; Biddle & Mutrie, 2001; Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008; Kouvonen et al., 2005; Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005; Thogersen-Ntoumani, Fox, & Ntoumanis, 2005). Incluso la práctica de ejercicio físico se ha asociado con un aumento de entusiasmo en el trabajo (Thogersen-Ntoumani et al., 2005), una disminución de los errores laborales (Delgado & Latiesa, 2003), un aumento de la motivación, incremento de la productividad y disminución del absentismo laboral (Otero, 2003). También se observa un mayor estrés en el trabajo cuando los/as trabajadores/as no realizan actividad física en su tiempo libre (Kouvonen et al., 2005).

El ejercicio físico juega un papel importante en cuanto al bienestar, el estado de ánimo y la calidad de vida (Aren et al., 2000; Biddle & Mutrie, 2001; Janisse, Nedd, Escamilla & Nies, 2004; McLafferty, Wetzstein, & Hunter, 2004; Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008; Netz et al., 2005). La práctica de ejercicio se asocia con

sensaciones de alegría, diversión y felicidad reduciendo los índices de estrés psicofísico (Márquez, 1995). Por tanto, el ejercicio físico tiene un efecto positivo en la salud física y psicológica (Molinero, Martínez Garatechea, & Márquez, 2010).

El ejercicio físico también es beneficioso para reducir la ansiedad, de acuerdo con un meta-análisis que investigaba la ansiedad estado y rasgo y sus correlatos fisiológicos (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991). Asimismo para los directivos de la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte (International Society of Sport Psychology, ISSP, 1992), entre los beneficios individuales del ejercicio se encuentran la reducción de la ansiedad-estado y de los niveles de estrés, observándose este hecho tanto para hombres como para mujeres de cualquier edad. Muchas investigaciones llegan a la conclusión de que la práctica regular de actividad física mejora los niveles de ansiedad e incide en otras emociones de modo beneficioso (Akandere & Tekin, 2005; Biddle, Fox, & Boutcher, 2000; Paluska & Schwenk, 2000).

Por tanto, la condición física se relaciona positivamente con la autopercepción de buena salud (Shirom et al., 2008), con un buen rendimiento laboral (Thogersen-Ntoumani et al., 2005), y negativamente con la ansiedad (Akandere & Tekin, 2005; Craft, 2005) y el estrés percibido (Remor & Pérez-Llantada, 2007).

En diferentes estudios se ha visto además que las personas que son físicamente activas padecen menos enfermedades, como afecciones cardíacas y oncológicas entre otras, que las que tienen vida sedentaria (Bull et al., 2005; Remor & Pérez-Llantada, 2007).

Para mejorar el bienestar en el trabajo se puede optar por efectuar programas de ejercicio físico, como en el estudio realizado por Miguel, Schweiger, Mozas y Hernández (2011), en una empresa de consultoría, en la que analizaban el efecto de un programa sistematizado de ejercicio físico, con una duración de un año, sobre la productividad laboral y el bienestar. El programa estaba basado en la mejora global de la condición física, con tareas enfocadas al incremento de la resistencia cardiovascular, la fuerza y la flexibilidad. Los resultados muestran que la intervención mejoró la condición física de los empleados. Comprobada la eficacia del

programa, los resultados mostraron la influencia de la intervención sobre la productividad y el bienestar: los participantes en el programa manifestaron mayores niveles de satisfacción con la vida y con el trabajo, menor grado de estrés percibido y obtuvieron una valoración de su rendimiento laboral más elevada que los participantes del grupo control.

Este hecho provoca que cada vez haya más programas de ejercicio físico diseñados para el mantenimiento y mejora de la salud, e incluso la Organización Mundial de la Salud lo incluye dentro de su Estrategia Global de Actividad Física y Nutrición de mayo de 2004 (Bauman & Craig, 2005).

En las diferencias en la práctica de ejercicio físico entre hombres y mujeres, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009), señalan que el 59.4% de la población realiza actividad física (24.9% intensa y el 34.5% moderada) a consecuencia del trabajo que realiza o voluntariamente en su tiempo libre. Los hombres, el 60.4% (34.4% intensa y 26% moderada) y las mujeres el 58.4% (15.7% intensa y 42.7% moderada). El 28.9% indica que el único ejercicio que hace es caminar y el 12% dice no hace ningún tipo de actividad, ni siquiera caminar. La actividad física intensa aumenta con el nivel de estudios, es decir los trabajadores que tienen más estudios hacen más deporte intenso (INE, 2009).

Hay otros factores que influyen en las diferencias en la práctica de actividad física y en las causas para realizar o no ejercicio, como nos muestra una encuesta efectuada en Suecia a más de 7.000 trabajadores, en la que se observó que la menor actividad física en el tiempo libre, se daba entre las personas con baja escolaridad y en los trabajos de nivel inferior. En el caso de los hombres existía relación con el trabajo pasivo y el estrés, sin embargo en las mujeres esa menor actividad física no guardaba relación con los estresores del trabajo (Wemme & Rosvall 2005).

También se ha visto que en las mujeres que realizan trabajos manuales y tienen hijos menores de 15 años, el impacto que tienen las demandas familiares en su salud autopercebida está relacionada con el hecho de no realizar ninguna actividad física y con dormir menos de 6 horas al día. En cambio en los hombres la salud autopercebida se asocia con las enfermedades de larga duración (Artazcoz, Borrell et. al., 2001).

Se han efectuado diferentes estudios en nuestro país, en los que se ha encontrado diferencia entre hombres y mujeres en la práctica de actividad física. En concreto, un estudio en Navarra que incluía 1.893 hombres y 2.275 mujeres, que habían participado en un estudio de Riesgo Vascular, concluía que más de la mitad de la población es activa, es decir, que realiza alguna actividad física en su tiempo libre, siendo algo más activos los hombres con un 55.8% frente al 51.4% de las mujeres (Sobejano et al., 2009). En un estudio similar en Canarias se concluyó que el porcentaje de personas activas en Canarias es menor que en Navarra: el 41% de hombres y el 32% de las mujeres (Cabrera de León, Rodríguez-Pérez, Rodríguez-Benjumeda et al., 2007). Los autores de estos estudios se basaron en los mismos índices analizados en un estudio estadounidense (Haskell et al., 2007).

Ya la Encuesta Nacional de Salud (ENS), (INE, 2006a) nos indica que el 54% de los hombres no alcanza los niveles de intensidad deseados en la práctica de ejercicio y el 68% en el caso de las mujeres. También se comprueba en los estudios sobre Promoción del Ejercicio Físico SEMIFYC y en el de la Cohorte de Canarias, CDC, donde se revela que son sedentarias el 70% de las mujeres y el 45-60% de los hombres (Cabrera de León et al., 2008).

Cuando nos comparamos con la media mundial, los datos sitúan a España por debajo de la media, tan solo el 46.9% de las mujeres españolas realiza alguna actividad física frente al 52.6% de los hombres. La media mundial de población adulta con vida sedentaria es de un 31.1%, es decir el 68.9% efectúa alguna actividad física. A nivel mundial las mujeres también son más inactivas que los hombres, un 34%, seis puntos porcentuales más que los hombres (Hallal et al., 2012). Se considera una persona inactiva físicamente para la Organización Mundial de la Salud (OMS) aquella que realiza menos de dos horas y media por semana de ejercicio moderado o menos de una hora de ejercicio intenso (OMS,2000).

## **2.7. Consumo de tabaco**

La percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco aún es baja, y aunque muchos fumadores son conscientes de los efectos negativos sobre la salud física, pocos relacionan su adicción con la ansiedad (Bird et al., 2007; García-Leiva, Domínguez, & García, 2009).

Existen estudios que indican que los fumadores tienen una ansiedad rasgo mayor que los no fumadores o los que fuman pocos cigarrillos (Becoña-Iglesias, 2003). También se ha comprobado que se consumen más cigarrillos entre las personas con algún tipo de trastorno mental, entre ellos trastornos de ansiedad que entre la población sana (Breslau, Novak, & Kessler, 2004; Feldner, Vujanovic, Gibson, & Zvolensky, 2008; Morissette, Tull, Gulliver, Kamholz, & Zimering, 2007). El consumo de tabaco se produce a veces para aliviar el estrés y las respuestas emocionales negativas como la ansiedad (Leyro, Zvolensky, Vujanovic, Jhonson, & Gregor, 2010). Pero también incrementa el estrés (Becoña-Iglesias, 2003). Cuando los individuos se encuentran sometidos a estrés aumenta el consumo de tabaco y la prevalencia de trastornos de ansiedad (Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, & Dongil, 2009).

El consumo de tabaco ha disminuido en los últimos cinco años en España tras la adopción de una amplia legislación antitabaco, según datos de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, EWIS, 2011 (Eurofound, 2012). Según la Encuesta Europea de Salud en España de 2009, EES09 (INE, 2009) en los hombres, el porcentaje más alto de fumadores se observa entre los 25 y 54 años, grupo de edad en el que el tabaquismo afecta al 36,8% de los hombres. En las mujeres, el porcentaje más elevado de fumadoras también se localiza entre los 25 y 54 años, donde fuman el 28,64% de las mujeres. En todos los grupos de edad, los hombres fuman más que las mujeres, pero las diferencias son mayores a medida que aumenta la edad, viéndose menor diferencia entre el grupo de jóvenes de entre 16 y 24 años.

Aunque desde el año 2001 se está produciendo un descenso en la mortalidad atribuible al tabaco en los hombres, se observa un ascenso de mortalidad en las mujeres, ya que en el grupo de entre 45 a 64 años el porcentaje de mujeres fumadoras pasó del 10% en 1993, al 21% en 2006 (INE, 2006a). En concreto el aumento del tabaquismo entre las mujeres ha provocado un intenso incremento el cáncer de pulmón: en los últimos 10 años la mortalidad por cáncer de pulmón creció un 20% entre las mujeres, frente a un 5% entre los hombres, según el documento marco de la Xunta De Galicia, que estudia las drogas y perspectiva de género (Sánchez Pardo, 2009).



Los datos que diferencian entre población trabajadora y la población general, indican que consumen más tabaco las personas trabajadoras (Fisher, Brownson, Heath, Luke, & Sumner, 2004), por lo que también se ha producido un aumento en el porcentaje de fumadores habituales entre las mujeres que trabajan (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortés, 2005).

También podemos comprobar, según un informe sobre las encuestas de salud mental efectuado por la OMS en 17 países, en los que se ha entrevistado a 85.052 personas, que la tendencia en el consumo de tabaco es mayor en las mujeres que en los hombres y aumenta más deprisa que en anteriores cohortes, por tanto las mujeres también presentarán una alta prevalencias en el futuro (Degenhardt et al., 2008; Storr et al., 2009).

Puesto que algunas personas consideran que el tabaco es símbolo de igualdad e independencia, eso podría incrementar el consumo de tabaco en las mujeres (Nerín & Jané, 2010). La mujer empezó más tarde en el consumo de tabaco que el hombre, condicionada por factores socioculturales como su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos (Nerín, 2005). Por tanto, en países en desarrollo la prevalencia del consumo de tabaco es inferior, el 9%, y en países desarrollados es del 15-22%; la Organización Mundial de la Salud prevé que para el año 2025 la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres se sitúe en el 20% teniendo en cuenta que en el año 2004 era del 12% (OMS, 2004).

Las leyes que restringen el consumo del tabaco ayudan a que las personas dejen de fumar, pero estas medidas tendrán más éxito en aquellas personas no estresadas, puesto que viven la experiencia de no fumar como menos amenazante (Cano-Vindel, Camuñas, Iruarrizaga, Dongil, & Wood, 2010).

Para finalizar, en un informe publicado por la Comisión Europea en el 2011 en el que se valoraba la salud, se indicaba que los hombres consumen más tabaco y alcohol, pero realizan más ejercicio que las mujeres, aunque las dietas de los hombres son menos equilibradas.

## **PARTE TEÓRICA:**



## **CAPÍTULO III.**

### **CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR**

- Género y trabajo
- La situación de las mujeres en la actualidad
- A modo de resumen general



En este apartado se va a analizar un tema relevante en la satisfacción de los trabajadores con su vida, tanto en el terreno profesional como personal, sobre todo en el caso de las mujeres casadas, es decir, la conciliación de la vida laboral y familiar.

Para ello se va a repasar en primer lugar la concepción del trabajo, su evolución histórica y la división de las tareas entre los hombres y mujeres. A continuación se estudiarán cómo han influido los cambios derivados de la incorporación de las mujeres en el trabajo a su situación actual, tanto en el ámbito del trabajo, como en el personal. Para ello, se tratarán temas como los sectores laborales feminizados-masculinizados, la segregación horizontal y vertical en el trabajo, diferencias salariales, los horarios laborales y, por último, los roles desempeñados por los hombres y las mujeres.

### 3.1. Género y trabajo

La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones que aborda los temas relacionados con la actividad laboral, tiene como objetivo, según algunas definiciones clásicas, *el estudio del ser humano en el mundo del trabajo* (Weinert, 1985); *La aplicación de los métodos y principios de las ciencias de la conducta humana a las personas en el trabajo* (Schultz, 1985); *el estudio del ser humano en sus dimensiones individual y social en las situaciones relacionadas con el trabajo, intentando comprender y/o solucionar los problemas que se le presentan en tal contexto* (Rodríguez, 1992).

Por lo que respecta al trabajo, en el año 1999 la Organización Internacional de Trabajo creó el concepto de trabajo que engloba el trabajo y el lugar donde se desempeña, es el *trabajo decente* y lo definió como *la provisión de oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan conseguir un trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana* (OIT, 1999). Por lo que respecta al *lugar* tiene en cuenta la ubicación geográfica y el tipo de lugar donde se realiza el trabajo, como ejemplo en una fábrica o en una oficina.

Entre las categorías en las que podemos enmarcar las definiciones sobre el concepto de trabajo y su significado, según investigaciones llevadas a cabo por el

grupo de investigadores (*Meaning of working*[MOW],1987, 1991), nos encontramos con: una categoría en el que se destacan los aspectos más objetivos y tangibles de la actividad laboral, es algo *concreto*, como por ejemplo si recibes dinero por hacer el trabajo; una segunda categoría que define como *social al trabajo*, en ella se resaltan los aspectos y el carácter social que cumple el trabajo para las personas, como contribuir al avance de la sociedad, sentirse que forman parte del grupo; la tercera categoría define al trabajo como *carga* puesto que implica esfuerzo ya sea físico y/o mental y una última categoría para los que el trabajo es un *deber*, en ella se destaca el carácter obligatorio de la actividad laboral. Por tanto las definiciones del trabajo hacen referencia a algo concreto, al trabajo como una carga, como un deber o como algo social.

El trabajo, junto con la familia y el tiempo libre son los tres pilares fundamentales de nuestra vida considerados como un sistema de actividades que están en interacción, el trabajo, la familia y la sociedad (Curie & Hajjar, 1987).

De nuevo como referencia al concepto de trabajo destacamos la definición en la que se afirma que el trabajo *es un conjunto de actividades que pueden ser o no retribuidas, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, materias, instrumentos o informaciones disponibles permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En esta actividad la persona aporta energía, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social* (Peiró, 1989).

El trabajo según la definición dada por la Organización Internacional de Trabajo es *la actividad que realiza el hombre transformando la naturaleza para su beneficio, buscando satisfacer distintas necesidades humanas: la subsistencia, la mejora de la calidad de vida, la posición del individuo dentro de la sociedad, la satisfacción personal* (OIT, 1998). Puede suponer problemas para la salud del trabajador cuando en el trabajo se producen situaciones como la pérdida o ausencia del mismo, por diferentes motivos, que repercute no solo en el trabajador sino también a nivel familiar y social o bien por no tener buenas condiciones en el mismo. Por tanto pueden llegar a producir daños para la salud debidos al entorno de trabajo.

El trabajo cumple unas funciones psicosociales positivas que dan sentido a la vida ya que permite que las personas se realicen entre esas funciones. Entre esas funciones se encuentran: proporcionar estatus y prestigio, conceder identidad personal, económicas, fuente de oportunidades, estructurar el tiempo de trabajo, mantener al trabajador en una actividad, ser fuente de oportunidades para desarrollar habilidades o destrezas, transmitir normas, creencias y expectativas sociales; y proporcionar control, poder y comodidad (Salanova, Gracia, & Peiró, 1996). En cambio se producirán implicaciones disfuncionales para el trabajador cuando se consideran funciones negativas, como el trabajo repetitivo, deshumanizante, humillante, monótono y cuando no potencia la autonomía personal (Salanova et al., 1996).

Ha sido fundamental el hecho de que en las estadísticas de trabajo se introduzcan consideraciones de género, para así poder analizar las diferencias, interrelaciones entre las actividades y condiciones laborales de los hombres y de las mujeres, y las divergencias que se producen por razones de género en la remuneración por el trabajo realizado. Sin olvidar el contexto de la situación personal, familiar y otros temas que puedan explicar las desigualdades. Por tanto se tienen en cuenta la participación de los trabajadores no solo en el mercado de trabajo sino también en el contexto de su situación familiar, ya que es conocido que el equilibrio entre la vida laboral y familiar afecta de modo diferente a hombres y mujeres.

A lo largo de los siglos, la división social del trabajo ha estado claramente dividida entre los sexos. Cuando el hombre pasa de ser recolector a cazador se produce la primera asignación de funciones: el hombre salía a cazar y la mujer se queda al cargo de la familia. La asignación de los roles se produce por el desarrollo y especialización que se reparte en las sociedades, dándose la división sexual del trabajo (Bossen, 1991).

Pero es en el Período Neolítico, última etapa de la prehistoria entre el año 9000 a.C. y 4000 a. C., donde ya se producen cambios muy importantes puesto que se pasa de una economía que era depredadora a la productiva, en la que el hombre produce, ello influye en los aspectos sociales, y en la forma de vivir y pensar. Se le

llama la revolución neolítica (Gordon-Childe, 1941), y es la consecuencia de la aparición de la agricultura y ganadería. Las sociedades se vuelven sedentarias, por lo que aumenta la demografía, guardan el excedente de producciones, aparece también la división social del trabajo y la propiedad privada. La división social del trabajo tiene en cuenta la diferenciación de grupos de la sociedad según el oficio. Otra división que se da en el trabajo es la separación del trabajo manual y del intelectual, es decir las personas que lo ejecutan y las que lo han planeado.

El hecho de que las sociedades se hicieran cada vez más complejas llevó a que se efectuaran más divisiones jerárquicas y especializaciones en el trabajo. En un mismo gremio existían maestros, oficiales y aprendices. Los gremios tenían en cuenta tres sistemas de producción, el artesanal, el manufacturero y a domicilio, los tres en el siglo XVII dan lugar a una nueva organización del trabajo, nace la fábrica industrial, que impulsa la tecnología y la producción. En cuanto a la jornada laboral hasta el siglo XIX era mayor de doce horas, se había producido mucha demanda e incluso debieron contratar a mujeres y niños que efectuaban los peores trabajos, por lo que ya la remuneración de la mujer era peor, tampoco había una legislación.

A lo largo de la historia ha variado la manera de entender el trabajo pero en la actualidad el trabajo presenta dos características fundamentales: la *tecnificación* y la *organización*. Cuando hablamos de tecnificación nos referimos a la invención y utilización de máquinas, herramientas y equipos de trabajo que facilitan la realización de las distintas tareas de transformación de la naturaleza, y al hablar de la organización a la planificación de la actividad laboral (OIT, 1998). Cuando no se controlan adecuadamente los efectos de la tecnificación y el sistema de organización del trabajo no funciona correctamente, pueden aparecer riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

Más recientemente, en el siglo XIX cuando se produce la separación entre la vida laboral y familiar, los hombres asumieron la responsabilidad de la provisión económica y las mujeres el cuidado del hogar y los hijos, por tanto quedó separado el mundo público del mundo privado, a la división del trabajo que se produjo se unieron términos relacionados con la masculinidad (actividad, fortaleza, inteligencia y potencia) y la feminidad (afectividad, debilidad suavidad, pasividad), que eran

compartidos socialmente, siendo no solo diferentes sino también uno superior (masculino) y el otro inferior (femenino) (Wainerman, 2003). Así, los trabajos de menor prestigio y remuneración han sido ocupados por las mujeres, serían los relacionados con salud, educación y limpieza, teniendo los hombres acceso a más actividades y una gama más amplia de la jerarquía (Wainerman, 2003).

En la actualidad, las sociedades modernas industriales estarán menos erosionadas si los individuos perciben que sus posiciones sociales se corresponden con sus capacidades y méritos laborales, escenario ideal en el que los individuos aspiran a ver realizados sus valores. Pero ya conocemos que en el momento actual falta trabajo y se produce precariedad, siendo una sociedad por tanto insegura e inestable, para muchas personas (Durán, 2006).

En las ciudades se han producido en las tres últimas décadas grandes cambios, con motivo de la reestructuración económica y del tipo de trabajo. Se han producido migraciones, ascenso o caídas de ciudades que llevan a modificaciones de los espacios de las mismas. Además se pueden estudiar la organización del espacio dentro de los trabajos teniendo también en cuenta la incorporación de la mujer al trabajo (McDowell, 1997).

La incorporación de las mujeres al trabajo en el último siglo pone en duda la antigua brecha entre hombres y mujeres en el ámbito laboral, apoyado por una nueva ola de mujeres feministas (Milkman, 1987). Sin embargo, esta creciente participación queda todavía lejos de la igualdad de oportunidades en el empleo y en la banda salarial (McDowell, 1997). Este fenómeno se inicia a raíz del comienzo de la Segunda Guerra Mundial, cuando se produce la integración masiva de mujeres que ocupan puestos de trabajo en el sector industrial, anteriormente desempeñados por hombres, hecho que después se normaliza como forma de garantizar un doble sustento a los hogares (Milkman, 1987).

En la actualidad, la combinación del efecto del desarrollo económico, el aumento de la educación entre las mujeres y la disminución de la fertilidad explican en gran parte el incremento de las mujeres en el mercado de trabajo (The World Bank, 2012). Sin embargo, la situación no ha avanzado significativamente porque las mujeres todavía siguen teniendo una menor participación laboral, mayores tasas de



desempleo y diferencias salariales significativas en comparación con los hombres, por lo que se observa que siguen existiendo influencias sociales y culturales respecto al tipo de trabajo que siguen vigentes, dando como resultado la segregación en el empleo (International Labour Office, 2004), como se verán en el siguiente apartado.

### **3.2. La situación de las mujeres en la actualidad**

Una vez expuesto el concepto de trabajo, la evolución y algunos cambios que se han producido en los últimos años así como la incorporación de la mujer al mismo, vamos a centrarnos en los temas relativos al momento actual de la mujer, su situación, los tipos de sectores en los que desarrolla su trabajo así como las dificultades para el ascenso a puestos de dirección, diferencias respecto al hombre en los horarios, salario y roles que desempeña.

Como ya conocemos, la globalización tiene un impacto sobre nuestras vidas y modo de trabajar (Burin, 2008). Influye en el modo de trabajar y vivir en familia. Crea a veces condiciones asimétricas. A ello se añade la deslocalización de los sitios de trabajo. A veces, sobre todo a las mujeres, se les presenta una opción de hierro elegir entre un trabajo en el que puede encontrar altos niveles de satisfacción o las necesidades familiares. La relación costo-beneficio es muy elevada. Pero cada día existen más mujeres que no están dispuestas a ese sacrificio, su formación superior y experiencia laboral tiene muchas satisfacciones subjetivas (Burin, 2008).

Hay dos aspectos íntimamente relacionados con el trabajo dentro y fuera del hogar: lo económicamente rentable y lo socialmente aceptable. El hombre estaría en el primer aspecto, aporta los ingresos, y la mujer, en el segundo, se encarga de cuidar y mantener el hogar (Gálvez et al., 2008).

Así, los datos facilitados por el Instituto de Trabajo y Salud (ISTAS, 2011) nos indican que la necesidad de doble presencia, responder a las demandas del trabajo asalariado y al doméstico, es cinco veces superior en las mujeres (26.32%) que en los hombres (5.12%).

Desde la perspectiva de los recursos personales, utilizados tanto en el trabajo como en casa, hay que tener en cuenta que las altas demandas laborales requieren

dedicar más recursos (tiempo, emociones) al trabajo, dejando a los trabajadores con menos recursos para dedicar a la familia (Hobfoll, 2002).

### 3.2.1. Sectores y ocupaciones en el trabajo

La situación laboral de la mujer en la actualidad viene marcada por los sectores y puestos de trabajo que ocupan, frente al que ocupan los hombres. En el trabajo puede existir una segregación ocupacional que puede ser horizontal o vertical (Poggio, 2000). En la *segregación horizontal* se encuentran los sectores bien feminizados o masculinizados. Existen menos mujeres en los sectores de la construcción y de la energía (Durán, Serra & Torada, 2001). En la Banca en cambio se prefieren mujeres en la relación directa con el cliente o por teléfono, aunque para puestos directivos se les exige más que a los hombres (Poggio, 2000). En la *segregación vertical* se ve la poca representación de la mujer en niveles jerárquicos superiores. En organizaciones dinámicas que operan en mercados más innovadores, las políticas son más abiertas para ofrecer puestos de responsabilidad a mujeres. En la cúspide de la pirámide en 2002 solo estaba el 2%.

Aunque el número de mujeres que se han incorporado al trabajo ha aumentado en cantidad no se corresponden con puestos de mayor calidad, hay más contratos a tiempo parcial, en sectores peor valorados y menores puestos de responsabilidad, según el informe de Igualdad de la Unión Europea (UE, 2009).

Los sectores feminizados son aquellos en los que el porcentaje de mujeres que trabajan en ese sector supera al porcentaje de mujeres que trabajan en la población general (que es un 41.30%) en un 15%. Por tanto los sectores feminizados son aquellos en los que más de 56.30% son mujeres.

Los sectores masculinizados son aquellos en los que el porcentaje de hombres que trabajan en ese sector supera al porcentaje de mujeres que trabajan en la población general (que es un 58.70%) en un 15%. Por tanto los sectores masculinizados son aquellos en los que más del 73.70% son hombres.

Los sectores que tienen un mayor reconocimiento, prestigio y salario, principalmente están ocupados por hombres, en cambio en los relacionados con el cuidado están más las mujeres.

En España, según una revisión efectuada por Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés (2004), los hombres y mujeres se encuentran distribuidos de modo desigual de acuerdo a sectores y ocupaciones. Es decir, en general, las mujeres ocupan puestos de menor categoría jerárquica que los hombres. Además éstas tienen trabajos y contratos más precarios. Por otra parte, las mujeres continúan asumiendo más la realización del trabajo doméstico, por lo que realizan dobles jornadas de trabajo.

Las mujeres se dedican más a ocupaciones relacionadas con el rol tradicional que se les ha atribuido, de cuidadora del hogar y de los hijos, como son los servicios domésticos, la enseñanza, el cuidado de las personas dependientes, trabajos que necesitan unas competencias similares a su rol tradicional (Rodríguez & Larrañaga, 2002). Las profesiones que suelen elegir las mujeres son las consideradas de apoyo, como la enseñanza, enfermería, relaciones públicas, recursos humanos y trabajo social. En cambio, a los hombres se les ha atribuido el rol de producción, lo que ha producido una desigualdad en el mercado laboral debido a los diferentes valores asignados al trabajo reproductivo o productivo por parte de la sociedad (Clancy, 2007, Rodríguez & Larrañaga, 2002).

Según la formación, las mujeres están polarizadas o en profesiones por un lado cualificadas y por otro en ocupaciones de escasa cualificación, en cambio, en los hombres su ocupación está más diversificada. Estos datos globales se pueden explicar teniendo en cuenta que las mujeres con alta formación que optan a puestos en la administración pública acceden, debido a un proceso de selección más objetivo y público, a puestos de acuerdo a su cualificación, mientras que en la empresa privada además de la formación intervienen otros factores que no siempre son favorables a las mujeres (UE, 2009).

Entre los sectores feminizados se encuentra el sector servicios, que es el que genera mayor empleo. De acuerdo con los datos de la Encuesta de Población Activa, EPA (INE, 2007), en el servicio de restauración y personales se da mayor número de mujeres ocupadas, el 15% frente al 4.4% de hombres. Además en las ocupaciones de

tipo administrativo y dependientes de comercio, el 14.48% son mujeres y el 5.6% son hombres.

Están bastante feminizados los profesionales de la salud, de la medicina, de la educación. En el personal sanitario, las enfermeras han pasado del 58.92% en los años 60 a un 82.58% en los años 80 (Guillén, 1987) y un 84% en el 2011 (INE, 2012). Respecto a la educación, en el año 2006 las mujeres representan el 67.02% de la docencia. Pero en los equipos directivos de los centros de educación se produce un desequilibrio y cambian los porcentajes, son los hombres los que representan el 77% frente al 23% de las mujeres. En las Universidades, la tasa de participación es más baja, las mujeres representan el 33.63% del profesorado, en el caso de las Rectoras son un 5.79% de representación frente al 94.2% de los Rectores. Por tanto, por lo que respecta al techo de cristal, aunque el sector sea feminizado se produce una masculinización en los puestos con toma de decisiones, como por ejemplo las Jefaturas de Estudios (INE, 2012).

Por tanto, las mujeres ocupan más puestos pasivos (caracterizado por la exposición a bajas demandas y bajo control) y de alta tensión (caracterizados por la exposición a alta demanda y bajo control) que los hombres. Estos puestos presentan mayor riesgo psicosocial (Vermeulen, & Mustard, 2000).

Por ello, en relación con los tipos de trabajos y teniendo en cuenta la teoría de demanda-control en la percepción de riesgos psicosociales y el riesgo de padecer enfermedades o desórdenes mentales, como la ansiedad o depresión, las mujeres tienden a realizar trabajos que otorgan menor control que los de los hombres, por lo que se verán afectadas con más adversidad que ellos (Karasek & Theorell, 1990; Vermeulen & Mustard, 2000).

Además de la segregación horizontal, también se produce una segregación vertical, que tiene que ver con las dificultades de acceso de las mujeres a puestos directivos. Se produce un desequilibrio en el acceso a los puestos de dirección, ya que se encuentran más hombres que mujeres, como se ha podido constatar en los últimos años (Selva, Pallarés, & Sahagún, 2011).

Aunque la incorporación de la mujer al trabajo y el acceso a trabajos técnicos y profesionales se ha incrementado en las últimas décadas (Godoy & Mladinic, 2009),

la mayoría de puestos de trabajo de alta dirección siguen ocupados por hombres (López & García-Retamero, 2009). A pesar de su mayor nivel formativo, experiencia y entrenamiento no tienen en las cúpulas de las empresas los mismos niveles de representación y poder que los hombres (Cárdenas de Santamaría et al., 2011), aunque el avance en su formación las debería de haber situado con más igualdad en el trabajo (Carter & Silva, 2010). Según la IV Encuesta de la Mujer Directiva del 2010, estudio realizado por Adecco (2010), el principal obstáculo en el desarrollo de la trayectoria profesional de la mujer ha sido su escasa representatividad en puestos de dirección. Otros obstáculos a los que se tiene que enfrentar son los estilos de dirección rígidos (32%), reuniones realizadas a última hora de la tarde (13%) y discriminación salarial (12%). También el 22% señala como una barrera para su desarrollo en el trabajo la falta de políticas de conciliación. Además la mujer está en condiciones de inferioridad porque tiene menor competencia y capacidad para liderar, según los estereotipos de género tradicionales (Moya & Lemus, 2004). Las mujeres que trabajan en organizaciones que tradicionalmente son de hombres encuentran muchas dificultades en su avance profesional, mientras que los hombres no suelen tener impedimentos para ascender en los trabajos tradicionalmente femeninos (Poggio, 2000).

El Informe de Igualdad de Género en la Unión Europea 2010-2015 (UE, 2009) nos indica que en los puestos importantes de Bancos Centrales de los Estados de la UE el 82% son hombres y el 18% mujeres; en las Instituciones Financieras de la UE el 85% son hombres y un 15% mujeres y en los Consejos de administración de las grandes empresas europeas el 58% son hombres y el 12% mujeres.

En la Administración Pública y en empresas de 10 o más trabajadores el 3% de los puestos de Dirección los ocupan los hombres, mientras que sólo el 1.4% las mujeres, según la EPA, (INE ,2007). En las gerencias de empresas de menos de 10 trabajadores el 3.3% son hombres y el 1.8% mujeres.

Las diferencias entre los puestos ocupados por hombres en dirección y gerencia de empresas es del 6.3% del total de los hombres ocupados y del 3.2% de las mujeres ocupadas. En cambio, en las ocupaciones en las que las mujeres tienen mayor representación, son las que tienen más precariedad (administrativos,

repcionistas, telefonistas, restauración, dependientes, comercio, personal no cualificado y de limpieza) y en ellas están el 54.6% de las mujeres ocupadas frente al 15.9% de los hombres ocupados.

Continuando con la segregación vertical, es fundamental hacer referencia a un tema relacionado con el ascenso a puestos directivos de la mujer, es el denominado *techo de cristal* que se empieza a abordar cuando en algunos estudios se preguntaban por qué las mujeres estaban sub-representadas en los puestos más altos de las empresas cuando su carrera y cualificaciones laborales y educativas se encontraban en niveles elevados (Holloway, 1993; Davidson & Cooper, 1992). Encontraron que existen unos frenos e impulsores en la trayectoria profesional de las mujeres directivas destacando que acceden con más facilidad a la dirección en empresas pequeñas, tienen más sensación de doble jornada en las grandes empresas y que las frena en su ascenso la cultura de empresa (Chinchilla, León, Torres, & Canela, 2006). Para estas mujeres directivas el principal apoyo es su marido e impulsan su carrera una fuerte motivación, la formación, una alta fortaleza psicológica y un sistema de valores (Chinchilla et al., 2006). Estas mujeres, por tanto, tienen unas características individuales muy marcadas: la creatividad, visión de negocio, una capacidad de planificación y organización y una alta tolerancia a la frustración (Cardona, 2007). La mayoría de estas mujeres señalan que sus principales motivaciones son el desarrollo profesional o su auto-realización (Anca & Aragón, 2007).

También se han valorado los motivos que señalan las mujeres como causa del freno en su ascenso profesional. En este sentido, las mujeres señalan las dificultades para conciliar trabajo y familia, la ausencia de flexibilidad laboral, el estrés, la cultura de largas jornadas laborales y dobles jornadas, el escaso acceso a la información, la red de contactos laborales masculina, el techo de cristal, los pocos apoyos en casa y en el trabajo y las diferencias de remuneración entre hombres y mujeres (Chinchilla, 2004). De hecho, en ocasiones, tiene que reducir su jornada por las demandas familiares lo que le lleva a que tenga menos años de experiencia, ralentizando su carrera (Eagly & Carli, 2007). Una de las barreras más importantes es la responsabilidad familiar (Cuadrado & Morales, 2007; Sarrió, Barberá, Ramos, & Candela, 2002), que conlleva que la mujer directiva no siempre percibe comprensión

por parte de sus compañeros y jefes si da prioridad a sus tareas familiares, lo que hace que lo tenga en cuenta en sus decisiones de carrera profesional y en la satisfacción que tiene con su trabajo (Bailyn, 2003; Chinchilla et al., 2006). De hecho, si un hombre desatiende su responsabilidad en la familia por la dedicación al trabajo es comprensible, sin embargo, si lo hace la mujer se puede considerar casi como un abandono familiar (Díez, Terrón, & Anguita, 2006).

Tampoco podemos olvidar que para diferentes autores los rasgos directivos se asocian más con el rol masculino (Sarrió et al., 2002), lo que favorece el ascenso de los hombres frente a las mujeres.

### **3.2.2. Diferencias en horarios de trabajo**

La actual situación del trabajo se caracteriza por trabajar con ritmos más elevados y exigentes. A esto se unen las condiciones laborales provocadas por la crisis, como son: el incremento del desempleo, trabajo precario, horarios de trabajo no saludables, inseguridad en los ingresos, y en general, un gran deterioro en las condiciones laborales (Observatorio de Riesgos Psicosociales, 2010). Esta situación viene marcada por el número de horas que tienen que dedicar hombres y mujeres al trabajo remunerado.

Cuando comparamos datos de diferentes países comprobamos que los alemanes son de los que dedican menos horas al trabajo (y sus datos económicos son buenos) y los japoneses y los coreanos son los que dedican más tiempo al trabajo, (The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2011). Se ha comprobado que las consecuencias en el trabajador de jornadas demasiado largas en su trabajo pueden llegar a provocar trastornos depresivos (Virtanen, Stansfeld, Fuhrer, Ferrie, & Kivimaki, 2012).

Las horas de trabajo dedicadas son diferentes para hombres y mujeres, según los datos de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo [(EWIS) Eurofound, 2012]. Los hombres empleados en trabajo asalariado trabajan siete horas de media más a la semana que las mujeres y esa diferencia ha permanecido más o menos constante durante los últimos años. En cuanto a las horas dedicadas al trabajo no remunerado, en todos los países de la OCDE, las mujeres dedican más tiempo al

trabajo no remunerado que los hombres, una media de 2.5 horas semanales más que los hombres. En el caso de España esta media es mayor, 3.1 horas (OCDE, 2011).

Estos datos se han comprobado en nuestro país analizando la media de horas semanales dedicadas al trabajo y a las tareas domésticas, encontrándose una mayor implicación de los hombres en el trabajo remunerado y una mayor dedicación de la mujer en las tareas domésticas (Artazcoz, Artieda et al, 2004), aunque el tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado) es superior en las mujeres (Artazcoz, Artieda, et al., 2004; Joint European Foundation, 2006).

Aunque en más de la mitad de los hogares en España ambos cónyuges tienen trabajo remunerado, la mujer dedica el doble de tiempo al trabajo no remunerado en el hogar en comparación con los hombres; esto es más frecuente cuando además hay niños pequeños (Baxter, 2000; Meil, 2006). Las mujeres reparten su tiempo semanal empleando el 66.67% de su tiempo a la familia y el 33.67% al trabajo, y en los hombres hay más equidad: 50.7% a la familia y 40% al trabajo (Luque, 2008).

Cuando los hombres y mujeres tienen hijos a su cargo, la tasa de empleo cae 12.4 puntos en el caso de las mujeres y la de los hombres en cambio aumenta 7.3 puntos (UE, 2009).

Por lo general, en el hogar se da una división desigual del trabajo ya que las mujeres de todos los niveles ocupacionales llevan la responsabilidad de las tareas domésticas (tomar la iniciativa y velar porque se realicen las actividades) y los hombres son los responsables de mantenimiento y reparaciones (Frankenhaeuser, 1996). Existen datos que demuestran que la mujer dedica más tiempo a las tareas del hogar, como se puede ver en la tabla 13 donde se detallan los principales datos relativos al empleo del tiempo 2009-2010 según el Instituto Nacional de Estadística (2010). En su conjunto las mujeres dedican cada día dos horas y cuarto más que los hombres a las tareas del hogar. No obstante, en siete años los varones han recortado esta diferencia en 45 minutos, según el citado estudio. Las mujeres disponen de casi una hora menos de tiempo libre que los hombres.



Tabla 13

*Porcentaje de personas por sexo que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad por dichas personas. 2009-2010 – cifras en horas y minutos*

Actividades principales	Hombres		Mujeres	
	% personas	Duración media	% personas	Duración media
Cuidados personales (comer, dormir)	100	11:35	100	11:29
<b>Trabajo remunerado</b>	38.6	<b>7:54</b>	28.6	<b>6:35</b>
Estudios	14.4	5:27	15.1	5:09
<b>Hogar y familia</b>	74.4	<b>2:28</b>	92.2	<b>4:25</b>
Trabajo voluntario y reuniones	9.1	2:01	14.4	1:43
Vida social y diversión	56	1:49	58.1	1:38
<b>Deportes</b> y actividades al aire libre	41.8	<b>1:57</b>	35.1	<b>1:33</b>
Aficiones e informática	36	2:02	23.6	1:37
Medios de comunicación	87.7	3:08	89	2:51
Trayectos y tiempo no especificado	87.4	1:25	82	1:21

*Nota:* Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010) el 5.4% de hombres tienen jornadas a tiempo parcial y en el caso de mujeres el 23.2%. Puesto que las mujeres trabajan más a tiempo parcial que los hombres, esto conlleva una reducción de salario, limitación de la carrera profesional, menor cuantía de pensiones y jubilación, y disminución en la toma de decisiones, tanto en la esfera política como económica (Artazcoz et. al, 2004). Aunque el poder disfrutar de media jornada en el trabajo tiene mayor ventaja en las mujeres casadas sobre su salud (Bartley, Sacker, Firth, & Fitzpatrick, 1999) por el hecho de poder conciliar con su vida personal. De hecho, las mujeres con jornada completa en el trabajo indican tener peor salud que las que tienen media jornada (Walters et al., 1996).

Cuando la mujer tiene un trabajo a tiempo parcial utiliza el tiempo restante para conciliar las tareas del hogar, en cambio los hombres suelen dedicar más ese

tiempo para formación y actividades de ocio. Por tanto, las mujeres que no trabajan a jornada completa realizan tantas horas de trabajo total como si lo hicieran (Craig & Sawrikar, 2009).

La distribución del tiempo que hacen los hombres, es más parecida entre ellos, en cambio en las mujeres las tareas que realizan están más diversificadas entre ellas y dependen del tipo de tareas que realizan: amas de casa, trabajadoras a tiempo parcial y mujeres cuidadoras de familiares dependientes, mujeres asalariadas, entre ellas organizan el tiempo de modo diferente entre ellas (Sánchez-Herrero, 2008). Además, el uso del tiempo es diferente entre ambos dentro de casa, ya que las actividades de los hombres se dividen en grandes bloques de tiempo: sueño, trabajo fuera de casa, ocio, trabajo en casa; en cambio la mujer realiza sus actividades con zig-zag, es decir con interrupciones que la llevan de un lugar a otro (Frankenhaeuser, 1996).

El tener demandas múltiples aumenta el riesgo de fatiga tanto en los hombres como en las mujeres, pero sólo son las mujeres las que en esta situación desean que les reduzcan las horas en el trabajo (Nordenmark, 2004). Esta doble jornada que supone el tener trabajo remunerado y no remunerado tiene repercusiones en la salud (por ejemplo: peor estado de salud percibido, limitaciones en la actividad habitual y trastornos crónicos) y se ha visto el impacto negativo de la doble jornada tan solo en la salud de las mujeres trabajadoras no así en los hombres (Artazcoz, Borrell, & Benach, 2001; Artazcoz, Borrell et al., 2001; Artazcoz, García-Calvente, et al., 2002; Artazcoz, Artieda et al., 2004).

Existe otro factor que hay que tener en cuenta cuando se estudian las horas dedicadas al trabajo, que es el tiempo que se dedica a los desplazamientos al mismo y las pausas que se realizan; además tampoco nos podemos olvidar que existe un *tiempo comprometido*, que se dedica al trabajo no pagado pero obligatorio, en el que se encuentran, entre otros, el cuidado de los hijos, tareas del hogar y compras de primera necesidad (Sánchez-López, 1997; Sánchez-López, & Aparicio, 2001). La dedicación al tiempo comprometido es mayor en las mujeres, según un análisis efectuado de la psicología del ocio, desde la perspectiva de sexo (Sánchez-Herrero,

2008). De hecho, la persona responsable del cuidado de los niños es en el 26% de los casos la mujer y en el 3.4% el hombre (Artazcoz, Artieda, et al, 2004).

También se hallan barreras al ocio, ya que las mujeres por lo general se encuentran más implicadas en cuidar de los demás y considerar las necesidades de los demás en primer lugar, incluso a costa de su propio tiempo (Harrington, Dawson, & Bolla, 1992). Además, el tiempo libre de muchas mujeres que se han integrado al mercado de trabajo, lo dedican a trabajos domésticos y cuidado de los niños, en cambio, el hombre es el que tiene o dedica más tiempo para actividades recreativas (Cruz, Noriega, & Garduño, 2003).

### 3.2.3. Diferencias salariales

En este panorama laboral donde la mujer trabaja menos horas que los hombres, la situación repercute en el salario que reciben ellos y ellas, hombres y mujeres no reciben el mismo salario. Las investigaciones sobre la desigualdad salarial entre mujeres y hombres entrañan una gran complejidad, pues hay unas causas y factores desencadenantes múltiples, que requieren diferentes enfoques *vinculados a disciplinas tan diversas como la economía, el derecho, la sociología, la psicología, la ergonomía y la organización industrial* (Corominas, Coves, Lusa, & Martínez, 2001).

Las desigualdades salariales se pueden deber a la industrialización, a características del trabajo, a características personales, a características de las empresas, a segregación de género (participación de hombres y mujeres según sector) y, por último, a características institucionales, normas sociales y tradiciones entre otros (COM, 2007).

Como se decía anteriormente, la industrialización creó una distinción entre los hombres y las mujeres, asignando a los hombres el trabajo remunerado y a las mujeres el trabajo no remunerado, por tanto se asumía que el hombre con sus ingresos también sostenía a la mujer (Reskin & Padavic, 1994).

Anker (1997) señalaba que los hombres perciben de media más salario de manera universal en todas las regiones del mundo. En España, según los datos de la

Encuesta de Estructura Salarial (INE, 2002), más del 80% de la desigualdad salarial se corresponde con discriminación por razón de sexo (De Cabo & Garzón, 2007).

La diferencia de remuneración entre hombres y mujeres por hora trabajada en España se situó, en el año 2006, en un 18%, según datos de la Encuesta de Estructura Salarial del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006b).

La última Encuesta de Estructura Salarial (EES) en España se publicó en el año 2010. En ella han colaborado 27.000 centros de trabajo y 230.000 asalariados. Se realiza cada cuatro años en estados miembros de la Unión Europea, incluyendo datos de trabajadores del sector privado y público. Su objetivo no es solo conocer el salario medio sino cómo se distribuye y la estructura del salario. En cuanto a los datos de España, nos indica que los hombres ganan de media 25.479,74 euros y las mujeres 19.735,22. El salario promedio anual femenino fue, por tanto, el 77.5% del masculino, aunque esta diferencia debe matizarse en función de otras variables laborales (tipo de contrato, de jornada, ocupación, antigüedad, etc) que inciden de forma importante en el salario. Así, si tenemos en cuenta la definición comunitaria del indicador estructural Brecha salarial entre mujeres y hombres que utiliza la ganancia ordinaria por hora trabajada como base de la comparación, la diferencia se situó en el 15.3% (INE, 2010).

Otros datos los encontramos en la Encuesta Europea Eurostat (2011) en la que se indica que los hombres en España ganan un 16.1% más que las mujeres, dato ligeramente inferior a la media europea, en torno al 17%. Los datos de las últimas estadísticas del (INE, 2010) indican que los hombres ganan un 20% más que las mujeres, por lo tanto indican una mayor diferencia respecto a los hombres que los datos aportados por Eurostat.

Estos datos son diferentes según los sectores de actividad, si están o no más feminizados. Entre los sectores de actividad con mayor grado de feminización como hemos visto en el apartado correspondiente, se encuentran la educación, actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales, otras actividades sociales y servicios a la comunidad y servicios personales (67.3% de mujeres); actividades inmobiliarias y de alquiler y servicios empresariales (55.5% de mujeres) y hostelería (55.2% de mujeres). Entre los sectores con mayor grado de masculinización está la construcción

(92.2% de hombres), resto de ramas industriales (excluyen las industrias de alimentación, bebidas y tabaco, textil, confección, cuero, y calzado, del papel, artes gráficas, edición y reproducción, química, y material y equipo eléctrico, electrónico y óptico) (84% de hombres); Transporte, almacenamiento y comunicaciones (75.3% de hombres). Aunque las mujeres perciben un peor salario en todos los sectores, aquellos sectores más feminizados son también los sectores donde menos salario se recibe (INE, 2010).

Un dato que modifica el salario depende del puesto ocupado en la empresa. Hay una gran diferencia entre el salario del grupo 1 (Directores y Gerentes) con el resto de ocupaciones, encontrándose el salario un 148,4% por encima del salario medio. En todos los grupos de ocupación las mujeres perciben un salario inferior al de los hombres, siendo el grupo 2 (técnicos y profesionales científicos e intelectuales) donde menor diferencia existió y el grupo 9 (ocupaciones elementales) donde la diferencia fue mayor) (INE, 2010).

Pese a que en España la participación femenina en los órganos directivos de las empresas aumentó desde el 4% en 2006 hasta el 10% en 2010, sigue estando dos puntos por debajo de la media comunitaria, ya que en la Unión Europea la participación femenina en órganos directivos es del 12%, a pesar de que actualmente las mujeres suponen el 60% de los nuevos licenciados universitarios en la UE según datos de Encuesta Europea (Eurostat, 2011).

Algunos autores señalan la importancia que tienen los salarios a la hora de ver las desigualdades entre hombres y mujeres, unido ello al poder, lo que hace que se deba medir la promoción o ascenso de categoría ya que proporciona información importante para la salud de las mujeres, que está relacionada con estos cambios en el trabajo (O'Campo, Eaton, & Muntaner, 2004).

Pero el trabajo no solo nos proporciona dinero sino que además puede contribuir a nuestra autorrealización, prestigio y estatus social, siendo una fuente de identidad personal (Salanova, Prieto, & Peiró, 1993; Ovejero, 2006). El ingreso provee a la mujer trabajadora de independencia económica y aumenta su poder en la unidad familiar (Artazcoz et al., 2004).

### 3.2.4. Roles ejercidos por hombres y mujeres

Además del salario, un aspecto que llama la atención son los roles laborales y personales ejercidos por hombres y mujeres en sus vidas. Los datos indican, por tanto, que la mujer trabajadora en general ocupa puestos de menor categoría laboral, recibe menos recompensas y dedica más horas al trabajo si sumamos las horas dedicadas al trabajo remunerado y no remunerado (Artazcoz, Escribà-Agüir, & Cortés, 2004; Artazcoz, Artieda, et al., 2004; Joint European Foundation, 2006). En muchas ocasiones se desempeñan varios roles, especialmente en el caso de la mujeres que combinan este trabajo remunerado con el no remunerado, lo que se ha asociado en algunas investigaciones con la salud y el bienestar (Crosby, 1982). A la mujer trabajadora el ambiente de trabajo le da oportunidades de confianza en su toma de decisiones, apoyo social y otras experiencias que mejoran su satisfacción de vida (Sorensen & Verbrugge, 1987). La frustración en alguno de los roles se puede compensar con otra tarea (Sánchez-López, 2003). Los roles interactúan entre sí, acentúan o moderan los efectos que tiene sobre la salud en hombres y mujeres, tanto física como mentalmente (Bartley et al., 1999; Feldman, Payne, & Vivas, 2002; Gómez, 2001). El sentido que para las mujeres tiene el trabajo, depende también de su nivel formativo, siendo tres de las motivaciones para trabajar: la necesidad económica de la familia, la independencia económica individual y el ejercer su propia profesión (Tobío, 2005).

Según algunos estudios el desempeño de varios roles es positivo entre otros porque supone un aumento de los ingresos económicos, la posibilidad de obtener apoyo social, tener más oportunidades de éxito, se pueden cubrir necesidades básicas de pertenencia, autoeficacia e independencia y se tienen mayores oportunidades de compartir con otras personas (Barnett & Hyde, 2001; Gómez-Ortiz 2001, 2004). Nos encontramos por tanto entre los que defienden la *tesis de la compensación*, el mayor número de roles de la mujer trabajadora tiene consecuencias positivas como aumento de la autoestima, mayores gratificaciones (Crosby, 1982). Pero el ejercer varios roles también podría tener efectos negativos, aquí se encuentran los que defienden la *tesis del deterioro*, debido a un exceso de demandas y falta de recursos para atenderlos (Barnett & Hyde, 2001; Gómez-Ortiz, 2001, 2004).

En profesiones de servicio, en las que el trabajador debe prestar ayuda y atención puede verse expuesta a gran cantidad de tensiones que son un factor de riesgo que se une a las demandas familiares y de la casa (Amick & Kawachi, 1998). Si unimos la tesis de *compensación* y la tesis de *deterioro*, nos encontraríamos con aquellos que indican que la sobrecarga de rol no es tanto el número de roles sino la naturaleza de los mismos (Campbell, Campbell, & Kennard, 1991).

En cuanto a los roles que se ejercen según el género se ha asumido que la mujer es la responsable de las tareas de la casa, por lo que trabajar fuera de casa es algo adicional que produce más demanda y sobrecarga (Feldman, 1995). Se parte de la base que el trabajo doméstico y el cuidado de los niños son asumidos por la mujer, por tanto será, dentro de la pareja, la mujer la que procurará adecuar sus proyectos y estrategias laborales a este trabajo y cuidado (Meil, 1997, 2005).

Cuando se produce conflicto de roles entre la familia y el trabajo se pueden generar tensiones y mala gestión del tiempo, así como problemas de salud (Allen, Herst, Bruck & Sutton, 2000; Greenhaus & Beutell, 1985; Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005). Un conflicto de rol en el trabajador puede llevarle a automedicarse o a tener más conductas de búsqueda de ayuda como ir al médico (Osca, González-Camino, Bardera & Peiró, 2003), incluso puede provocar burnout e insatisfacción (Bacharach, Bamberger, & Conley, 1991).

Esta situación de sobrecarga de roles se acentúa según la etapa vital que tenga el trabajador, pues afecta si está casado o no y si tiene o no hijos y las edades de estos. Por tanto, la conciliación de la vida familiar y laboral dependen también del ciclo vital familiar observándose que en las familias con hijos, los roles en la pareja se hacen más tradicionales, ya que la sociedad le da a la mujer la competencia del rol de maternidad y al padre la función de tener ingresos para mantener la mayor carga de gastos con el nacimiento de los hijos (Craig & Sawrikar, 2009; Goldberg & Perry-Jenkins, 2004). Las mujeres en estas circunstancias suelen dejar más sus trabajos remunerados que los hombres, con independencia de su cualificación (Gjerdingen & Center, 2002).

Además, al tener hijos menores se requiere contar con más tiempo físico para atenderles. Aunque se ha señalado que las dificultades aumentan cuando los hijos ya

son adolescentes ya que las prioridades son otras y están más relacionadas con tener mayor contacto, estar disponibles o responder a acontecimientos inesperados (Thorntwaite, 2004). Si el trabajador tiene mucha implicación laboral se va a encontrar con dificultades para efectuar esa supervisión y, por tanto, tendrá más obstáculos de orden práctico, como encontrar personas que cuiden a adolescentes que no es tan fácil como si son niños pequeños por las repercusiones que tiene y su conflictividad (Campbell & Charlesworth, 2004; Craig, 2007).

En España uno de cada tres trabajadores (34%) no es capaz de conciliar su vida personal y laboral de acuerdo al informe del Barómetro de Clima Laboral Accor-2008 (Ipsos Loyalty, 2008) denominado *Bienestar y motivación en el trabajo*. Este dato sitúa a España por encima de la media europea en incompatibilidad socio laboral, establecida en el 20%.

Las mujeres tienen más obstáculos para poder conciliar su vida laboral y familiar ya que posee menor nivel de autonomía, menos oportunidades de desarrollo y puesta en práctica de sus habilidades, teniendo también más inseguridad en el empleo, como se desprende en un estudio realizado con trabajadores de la Comunidad de Madrid (Catalina et al., 2008).

Debido a las dificultades para conciliar vida laboral y familiar, se estima que en 2004, abandonaron el trabajo 37.900 mujeres frente a 15.400 hombres (Osca, 2009).

En el caso de las mujeres con puestos de dirección muchas veces tienen que elegir entre su carrera profesional y su familia (Hewlett, 2002). Las mujeres presentan mayor conflicto que los hombres entre las tareas del hogar y el trabajo, atribuyéndolo a que la mujer se responsabiliza más de la organización familiar, siendo una de las principales barreras a las que se enfrenta la mujer en el progreso de su carrera para ocupar cargos de dirección (Cuadrado & Morales, 2007; Linehan, 2002; Sarrió et al., 2002). Tienen que interrumpir más sus carreras y trabajar más en jornadas parciales (Eagly & Carli, 2007). Además, hay que tener en cuenta que para promocionar y ocupar puestos de responsabilidad es fundamental estar disponible en muchos casos, lo que supone una desventaja para la mujer (Linehan & Walsh, 2000).



Entre hombres y mujeres existe una diferencia en relación con la interferencia de conflictos: el hombre tiene más conflicto trabajo-familia y en la mujer el conflicto es más familia-trabajo, teniendo en cuenta las expectativas de los roles sociales (Eagly & Mladinic, 1994). Esto se debería a que, como producto de la socialización, los hombres tendrían más capacidad para no preocuparse de la vida familiar cuando están en el trabajo o tiempo libre, sin embargo las mujeres tienen más interconexión entre la vida laboral y familiar, por lo que les cuesta más desconectar (Mattingly & Bianchi, 2003). En estudios más actuales se ha comprobado que, como contrapartida, cuando las mujeres perciben más sobrecarga mental y conflicto entre trabajo-familia tienen mayores recursos sociales como apoyo social y liderazgo, e individuales como competencia mental (Cifre, Salanova, et al., 2011).

La contribución de los hombres más jóvenes en casa aún continúa siendo inferior al de las mujeres de la misma edad, aunque es superior a la de los hombres más mayores (Artazcoz et. al, 2004).

La sobrecarga o conflicto de roles tiene a su vez otras implicaciones emocionales derivadas de las tareas que se realizan en el hogar. Estas tareas no solo implican la limpieza del hogar y su organización, sino también el cuidado de los hijos y otras personas dependientes, lo que supone una sobrecarga emocional derivada de dar apoyo, escuchar atentamente y realizar actividades que mejoran el bienestar de los demás (Eichler & Albanese, 2007; Rodríguez, Peña, & Torio, 2010). No se encuentran en esta situación las mujeres trabajadoras solteras que aún viven con los padres y tienen poco trabajo en casa (Artazcoz et. al., 2004), por tanto influye el rol que se ejerce.

Como se ha visto, las mujeres poseen más carga total de trabajo que los hombres, mayor peso de las responsabilidades de tareas domésticas y cuidado de los hijos, por tanto sus respuestas psicológicas denotan más estrés percibido y sus reacciones fisiológicas muestran niveles de secreción de catecolaminas más elevadas que los hombres, tanto al principio como al final de la jornada laboral (García-Averasturi, 2005).

Cuando se comparten las responsabilidades del hogar se corre menos riesgo de enfermedad, que cuando las responsabilidades son inequitativas (Mansdotter, Lindholm, Lundberg, Winkvist, & Ohman, 2006).

Para Cantera, Cubells, Martínez y Blanch (2009), en el contexto actual, el asumir cargas familiares y responsabilidades domésticas va asociado al aumento de la importancia dada a la familia, al trabajo y al empleo tanto en hombres como en mujeres.

En el estudio tanto de sobrecarga como conflicto de rol es importante conocer cómo se comportan las familias en las que trabajan los dos miembros de la pareja, ya que se juntan dos carreras y dos ingresos (Peiró, 1993). Para conocer los desencadenantes del estrés laboral en las relaciones de familia, teniendo en cuenta la implicación que tienen ambos en el rol familiar y en el rol del trabajo, se establecen cuatro tipos de familia, de acuerdo con la clasificación de Hall y Hall (1980). En la familia con patrón *acomodaticio*, un miembro de la pareja tiene una elevada implicación en su carrera y baja implicación en el rol familiar y el otro miembro tiene el patrón contrario. La familia con patrón *adversario*, presenta a los dos miembros de la pareja con una gran implicación en sus carreras y poco en los roles domésticos, aunque ambos no quieren que se desatiendan los asuntos familiares. En la familia con patrón *aliados* los dos miembros valoran bien la familia o bien el trabajo, no hay problemas ya que coinciden en los intereses que tienen. Por último, nos encontramos con la familia con patrón *acróbata* en la que ambos miembros están muy implicados tanto en su trabajo como en la familia, en ellos se da la mayor sobrecarga al querer atender ambos roles, se dará la mayor fuente de estrés. En estos cuatro tipos de familia se da el mayor estrés en el patrón acróbata, seguido del de adversario, aliado, y donde se da menor estrés es en el patrón acomodaticio (Hall & Hall, 1980).

Cuando en las parejas existe un mayor nivel de estudios se suele repartir de modo más equitativo las tareas en el hogar (Izquierdo, Río, & Rodríguez, 1988) aunque es el hecho de que la mujer tenga un salario superior lo que hace que tenga más poder para poder negociar la distribución de las tareas de modo más igual (Osborne, 2008).

Las estrategias que se utilizan para poder conciliar la vida familiar y laboral se pueden clasificar en principales, secundarias, extremas e indirectas. Como ejemplo citamos el caso de una estrategia principal como puede ser contar con una ayuda familiar o bien contratar una persona para realizar tareas del hogar (Tobío, 2002). La mujer por tanto puede tener menor participación en las tareas del hogar no por un reparto equitativo de las mismas sino porque salariza algunas tareas al contratar una empleada (Carrasquer, Torns, Tejero, & Romero, 1998).

Además el disponer de una persona contratada para las tareas domésticas en las mujeres, independientemente de la edad y la clase social, tiene un efecto protector para la salud (Artazcoz, Borrell, Rohlfs, et. al., 2001). Este hallazgo sugiere que las mujeres de clases más favorecidas económicamente, cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; en cambio, las menos privilegiadas parece que «financian» la conciliación con su propia salud (Artazcoz, Escriba-Aguir, & Cortés, 2004).

La conciliación entre la vida familiar y laboral, tendría por tanto consecuencias en la salud. En las mujeres existe asociación entre las condiciones del trabajo remunerado y el bienestar en el hogar unido a la cantidad de trabajo que realiza en el mismo; su salud está relacionada con las horas que dedica a las tareas del hogar, en cambio en los hombres su salud está más relacionada con las condiciones tanto psicosociales como físicas de su trabajo y también con la inseguridad laboral (Borrell, Muntaner, Benach, & Artazcoz, 2004).

En un estudio transversal que se realizó con datos de la Encuesta Canadiense de Salud con una muestra de 36.984 personas se comprobó que en los trabajadores tanto el estrés laboral como el desequilibrio entre el trabajo y la familia pueden ser parte del origen de los trastornos de ansiedad, por tanto, existe una relación positiva entre estrés, ansiedad y desequilibrio trabajo-familia (Wang, 2006). También se señala en este estudio que es más probable que las personas que tienen una percepción de estrés elevado en su trabajo tengan ansiedad, al igual que los que no perciben equilibrio entre su vida laboral y familiar (Wang, 2006).

No obstante el desequilibrio trabajo-familia está muy asociado con tener trastornos mentales, con independencia de ser hombre o mujer y supone un mayor

riesgo que el nivel de estrés que se tenga (Hammig & Bauer, 2009; Wang, Lesage, Schmitz, & Drapeau, 2008).

En los hombres las demandas familiares no se asocian con problemas de salud, en cambio, en las mujeres la probabilidad de tener problemas de salud aumenta cuando viven con más de cuatro personas en el hogar y no tienen personal doméstico contratado (Artazcoz, Borrell et al., 2001; Artazcoz, Artieda et al., 2004). Evaluando síntomas psicosomáticos (dolores de cabeza, dificultad para dormir, para concentrarse, mareos, dificultad de memoria e irritabilidad) y salud autopercebida se obtiene que hay relación entre padecer estos síntomas y dedicar más horas a las tareas del hogar, así como más probabilidad de visitar al médico, especialmente para mujeres de más de 40 años (Artazcoz, Artieda et al., 2004).

En general, las mujeres trabajadoras tienen mejor estado de salud que las amas de casa, excepto en las trabajadoras de bajo nivel educativo, ya que en ellas las demandas de la familia tienen un efecto negativo sobre los indicadores de salud (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortés, & Rohlf, 2004), por tanto cuando la carga de trabajo total es elevada, combinar la vida laboral y familiar puede ser perjudicial para la salud (Artazcoz et. al, 2004).

Además como ya se ha indicado, las mujeres tienen más interconexión entre la vida laboral y familiar, por lo que les cuesta más desconectar (Mattingly & Bianchi, 2003), esta incapacidad para desconectar tiene serias consecuencias en la salud física y psicológica, provocando problemas psicológicos y burnout (Sonnentag & Bayer, 2005).

En el conflicto trabajo-familia también hay que tener en cuenta el lugar donde se encuentran los trabajadores ya que tiene diferentes significados el conflicto según el tipo de cultura, como se puede ver en un estudio efectuado cuando se analizaron matrimonios en tres tipos de culturas (Wong & Goddwin, 2009): una cultura con autonomía e independencia en Londres, una cultura con modernidad en Hong Kong y una cultura con interdependencia e implicación en Beijing. Se vio que las elevadas demandas de horas de trabajo se sienten de modo más fuerte en las culturas con autonomía e independencia, en cambio no es tan importante para las culturas que

tienen metas compartidas, como son las culturas colectivistas en las que la intimidad psicológica no es tan importante, para ellos lo relevante son las metas compartidas.

En el caso de las mujeres trabajadoras de bajo nivel, con sobrecarga de trabajo, que combinan trabajo y demandas familiares, su carencia de tiempo y el disponer de menos horas de sueño hace que en el tiempo libre su vida sea más sedentaria (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortés, & Rohlfs, 2004).

Duxbury y Higgins (2009) utilizaron los datos de una encuesta efectuada en Canadá (Balancing work, family and lifestyle National Study [Health Canadá, 2001]) a 31.571 trabajadores de 100 compañías canadienses, para efectuar una investigación sobre el conflicto de la conciliación trabajo-familia en Canadá. La encuesta tiene nueve secciones en las que se pregunta a los encuestados sobre su trabajo, su jefe, la gestión del tiempo, el trabajo, la familia y la vida personal, modalidades de trabajo, ambiente en el trabajo, familia y salud física y mental. Las medidas utilizadas para cuantificar el conflicto entre el trabajo y la familia tienen en cuenta tres tipos de conflicto, según la tabla 14, *sobrecarga de rol*, *interferencia trabajo-familia* e *interferencia familia-trabajo*. Para medir la *sobrecarga de rol* se utilizaron cinco ítems de la escala desarrollada por Bohen y Viveros-Long (1981). Las altas puntuaciones indican sobrecarga de rol, el alfa de Cronbach de esta escala es de .88. La *interferencia trabajo-familia* se midió con cinco ítems de una escala tipo likert de Gutek, Searle y Kelpa (1991) cuya alfa de Cronbach es de .92. En cuanto a la *interferencia familia-trabajo* se midió con cinco ítems de una escala tipo likert (Gutek et al., 1991), con un alfa de Cronbach de .87. En cada uno de los conflictos medidos se calculó la puntuación promedio, en los dos últimos las altas puntuaciones indican mayores niveles de dificultad para conciliar familia-trabajo y trabajo-familia.

En la tabla 14 también podemos ver los impactos que tienen las altas puntuaciones en sobrecarga de rol, interferencia trabajo-familia y familia-trabajo tanto en el trabajador como en la empresa y en la sociedad. Los datos nos indican la mayor incidencia de los riesgos sobre la salud que se produce en los trabajadores con elevadas puntuaciones respecto a los trabajadores que tienen bajas puntuaciones en las tres dimensiones. Como ejemplo podemos decir que un trabajador que tiene puntuaciones altas en la interferencia trabajo-familia tendrá 5.6 veces más

posibilidades de sufrir burnout, 6 veces más probabilidades de informar que tiene estrés laboral y 1.7 probabilidades de efectuar más visitas a un profesional de salud mental que un trabajador con bajas puntuaciones en interferencia trabajo-familia, además de otros efectos descritos en la tabla 14.

Tabla 14

*Efectos del conflicto trabajo – familia en la salud de los trabajadores, la empresa y la sociedad*

Conflicto trabajo	Trabajador	Empresa	Sociedad
Sobrecarga de rol	12x más burnout	3.5x más alto absentismo.	2.6x Incremento en el uso de servicios de salud mental.
	3.5x más alto nivel de estrés	2.4x riesgo de perder el trabajo por el cuidado de los niños.	1.4-2.4x más visitas al médico e ingresos al hospital.
	3.4x depresión 3.1x pobre salud física.	2.3x más riesgo de cambio o abandono de trabajo.	
Interferencia Trabajo- Familia	5.6x demasiado burnout	2.8x riesgo de cambio o abandono de trabajo	1.7x más visitas a un profesional de la salud mental
	2.4x más depresión	1.9x absentismo	1.4-1.7x visitas o ingresos al hospital.
	2.4x pobre/débil salud	0.5x de ser percibido positivamente por el empleador.	
	2.3x pobre salud Física.	6x más reportes de estrés laboral alto	
		Menor nivel de compromiso con el empleador en todos los grupos.	
Interferencia Familia- Trabajo	1.6x estrés, burnout, depresión	6.5x más absentismo debido a problemas con el cuidado de los niños	1.9x uso de servicios de salud mental
	2x mínima/pobre Salud.	1.6x más absentismo en general.	1.3-1.4x visitas o ingresos al hospital

*Nota:* Adaptado de Duxbury y Higgins, 2009 en *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte*, OMS, 2009.

#### **4. A modo de resumen:**

Los estudios revisados en esta parte teórica indican la importancia que tiene la salud en el entorno laboral y los modelos que explican las diferencias entre hombres y mujeres, entre los que se encuentra el modelo biopsicosocial de salud que interrelaciona factores biológicos, psicológicos y sociales y estudia la salud como un todo.

Muchos trabajadores/as tienen algún tipo de enfermedad o dolencia relacionado con la situación laboral que vive, observándose que hay variables que afectan a la salud e influyen en la condición laboral de la persona y en la percepción que tiene de sus riesgos psicosociales.

La percepción que tienen hombres y mujeres de sus riesgos psicosociales es diferente, siendo las mujeres las que peor percepción tiene de sus riesgos. Esto puede verse influido por diferentes situaciones laborales y personales, como pueden ser la intensidad con la que se percibe el riesgo o por las diferentes fuentes de estrés que afectan a hombres y mujeres.

Estas diferencias que se producen pueden tener, entre otras, su causa en los tipos de trabajo realizados, unos tienen más probabilidad de sufrir estrés, o en el distinto rol desempeñado por hombres y mujeres que hace que la estrategia de afrontamiento empleada para hacer frente al estrés sea diferente.

Además, hay otro tipo de factores que hay que tener en cuenta, como el nivel de cualificación y la renta, a la hora de comparar los efectos producidos por el estrés en el trabajo y las causas que lo provocan, ya que en personas más cualificadas laboralmente y con mayor renta puede que se atenúen las diferencias e incluso desaparezcan.

Teniendo en cuenta estos factores que influyen en la percepción de los riesgos psicosociales, hay una variable fundamental a tener en cuenta, que es la ansiedad. Los estudios demuestran, como se ha visto, que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad que los hombres y expresan y manifiestan más su malestar. Esto puede deberse a diferentes factores bioquímicos, hormonales o sociales que influyen en la manifestación de síntomas ansiosos en las mujeres.

En el ámbito de las dolencias, los estudios indican que el estrés laboral hace que aparezcan mayor número de problemas de salud y dolencias en los trabajadores, lo provoca un mayor número de bajas laborales. Este estrés aumenta cuando aumenta el número de demandas y la sobrecarga que la persona tiene, por lo que la mujer, que habitualmente ejerce diferentes roles, sufre de un mayor número de dolencias y peores niveles de salud, aunque también el trabajo ejerce una función protectora para ella.

Teniendo en cuenta lo anterior, las dolencias influyen en un mayor consumo de medicamentos, por lo que atender los niveles de estrés podría hacer que disminuyera el alto consumo de psicofármacos.

Una forma de paliar los efectos del estrés laboral podría ser la organización del tiempo y la práctica del ejercicio físico. Los datos indican que los hombres realizan más deporte que las mujeres, por lo que su bienestar aumenta, se reduce el número de enfermedades y la ansiedad y mejora su entusiasmo en el trabajo.

El consumo de tabaco también se ve incrementado en personas con altos niveles de ansiedad, produciéndose un aumento del consumo de tabaco en las mujeres en los últimos años.

En el ámbito de la conciliación de la vida laboral y familiar, los estudios indican que la sociedad aún no marcha al mismo ritmo que la realidad social de las familias. Las mujeres están integrándose en las empresas, pero mantienen un ritmo de doble jornada laboral al llegar a sus casas y atender las necesidades de cuidado de otras personas y del hogar. La flexibilización de horarios, una mejor distribución del tiempo entre hombres y mujeres, el teletrabajo y otras medidas de conciliación podrían ayudar a solventar muchas de estas dificultades y mejorar la calidad de vida de hombres y mujeres.





## PARTE EMPÍRICA



The screenshot shows the SPSS 19.0.0 software interface. The main window displays a data editor with a table of data. The table has 11 columns labeled AE1 through AE11. The data is organized into rows, with some rows having missing values (indicated by empty cells). The interface also shows a menu bar, a toolbar, and a status bar at the bottom.

- Parte empírica
  - Introducción
  - Método
- Resultados
- Conclusiones de los tres estudios
- Conclusión final y Discusión



## **5 – PARTE EMPÍRICA**

### **5.1. INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con la revisión teórica efectuada en los capítulos anteriores de la investigación, procedemos a establecer los objetivos y las hipótesis de investigación para cada uno de los estudios realizados.

#### **5.1.1. Objetivos e Hipótesis**

##### **ESTUDIO 1 – Relación entre riesgos psicosociales, estrés y ansiedad**

###### **Objetivo**

El objeto de este estudio es evaluar si los trabajadores expuestos a riesgos psicosociales en su puesto de trabajo tienen mayor probabilidad de sufrir estrés y ansiedad.

###### **Hipótesis**

**Hipótesis 1:** Los riesgos psicosociales evaluados con DECORE predicen estrés y ansiedad en los trabajadores.

## **ESTUDIO 2 – Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan**

### **Objetivo**

El objeto de este estudio es comprobar si existen diferencias en la percepción de los riesgos psicosociales, la ansiedad, la percepción de estrés, satisfacción y motivación en el trabajo entre mujeres y hombres que trabajan. También se evalúan las diferencias en algunas variables de salud como dolencias, consumo de medicamentos, consumo de tabaco y práctica de deporte.

### **Hipótesis**

**Hipótesis 2:** La percepción de riesgos psicosociales es mayor en mujeres trabajadoras que en hombres trabajadores, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

**Hipótesis 3:** Las mujeres trabajadoras presentan mayores niveles de ansiedad que los hombres trabajadores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

**Hipótesis 4:** Las mujeres trabajadoras están menos satisfechas, más estresadas y menos motivadas en el trabajo que los hombres trabajadores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

**Hipótesis 5:** Respecto a la salud: las dolencias estudiadas, el consumo de medicamentos y de tabaco son mayores en las mujeres trabajadoras que en los hombres trabajadores, sin embargo, la práctica de deporte es mayor en los hombres trabajadores que en las mujeres trabajadoras.

### **ESTUDIO 3 – Conciliación de la vida laboral y familiar**

#### **Objetivo**

El objeto de este estudio es investigar la conciliación de la vida familiar y laboral, estudiando las horas dedicadas al trabajo y al hogar, en función de variables como el sexo, el estado civil y tener o no tener hijos.

Comprobar si las horas dedicadas a las tareas del hogar pueden influir en la percepción de los riesgos psicosociales. Comprobar si alguno de los riesgos psicosociales evaluados puede predecir las horas dedicadas al trabajo remunerado y/o a las tareas del hogar.

#### **Hipótesis**

**Hipótesis 6:** las mujeres solteras y sin hijos dedican más horas que los hombres solteros y sin hijos al trabajo remunerado y a las tareas del hogar, sin embargo las mujeres casadas con hijos dedican menos tiempo al trabajo remunerado y más horas a las tareas del hogar que los hombres casados con hijos.

**Hipótesis 7:** los trabajadores que dedican más horas a las tareas del hogar perciben menores recompensas por su trabajo.

**Hipótesis 8:** la variable Demandas cognitivas en el trabajo es capaz de predecir el número de horas dedicadas al trabajo remunerado.

Para facilitar la comprensión de los distintos estudios efectuados, hemos dividido la investigación en los siguientes apartados: método, resultados, conclusiones, y discusión. Por tanto, a continuación expondremos el apartado de *método* con sus correspondientes subapartados (participantes, instrumentos y procedimiento), para posteriormente explicar los *resultados y conclusiones* de cada uno de los estudios realizados. Finalmente, se expondrá el apartado *discusión*.

## 5.2. MÉTODO

### 5.2.1. Participantes

En la investigación participaron 260 trabajadores, de los cuales el 53.8% son mujeres y el 46.2% hombres.

La media de edad del grupo es de 38.82 años (DT= 10.25). En relación al sexo, la media de edad es similar a la del grupo total, 39.77 años (DT = 10.53) en los hombres y de 38.01 años (DT = 9.97) en las mujeres. En cuanto al estado civil, el 46.5% están solteros y el 53.5% casados, de los cuales el 71.9% tienen hijos. El desglose del estado civil se puede ver en la tabla 15.

Tabla 15

*Estado civil por sexo: porcentaje de solteros, casados y casados con/sin hijos.*

Datos del trabajador	Hombres (n=120)	Mujeres (n=140)	Total (N=260)
Estado civil	% n	% n	% n
Solteros	48.3% (58)	45% (63)	46.5% (121)
Casados	51.7% (62)	55% (77)	53.5% (139)
Casados	Hombres (n= 62)	Mujeres (n=77)	Total (N=139)
Casados con hijos	77.4% (48)	67.5% (52)	71.9% (100)
Casados sin hijos	22.6% (14)	32.5% (25)	28.1% (39)

La media de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar es de 9.81 (7.46 para los hombres 11.82 para las mujeres), aunque la mayoría (40.8%), dedican de 5 a 13 horas semanales (ver figura 12).

#### ***HORAS SEMANALES TAREAS DEL HOGAR***

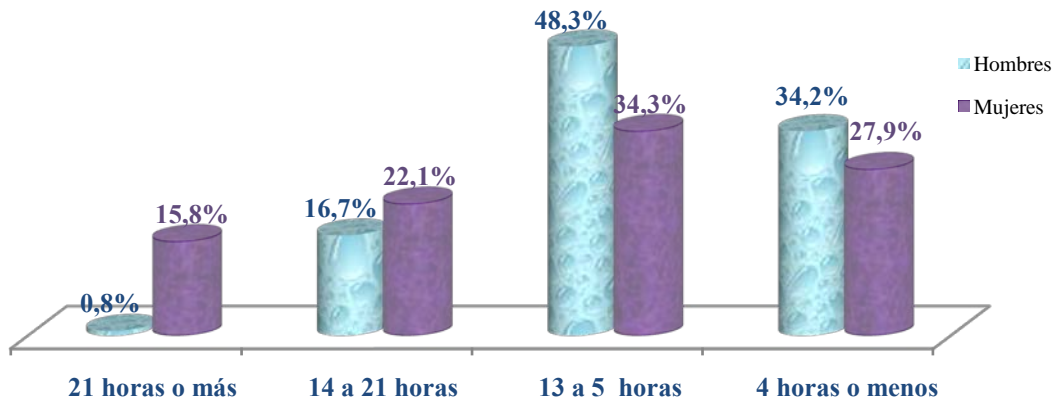


Figura 12. Porcentaje de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar en función del sexo

Respecto a las horas semanales dedicadas al cuidado de los niños, el grupo más numeroso corresponde a los que dedican 21 horas o más (38.4%) (ver figura 13).

#### ***HORAS SEMANALES CUIDADO DE LOS HIJOS***

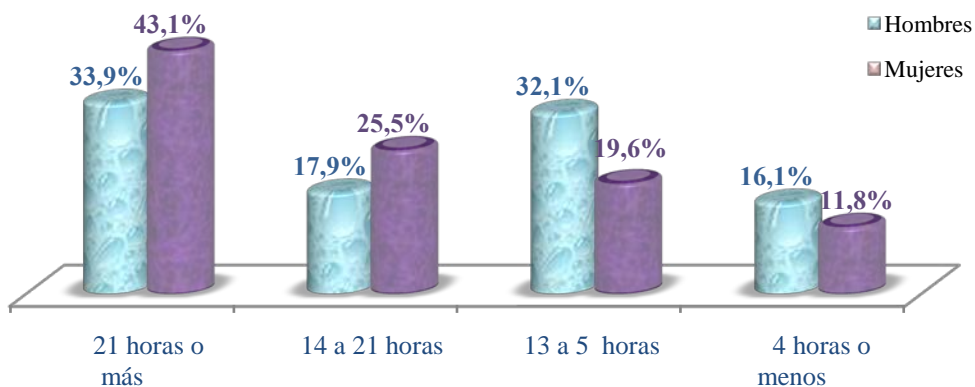


Figura 13. Porcentaje de horas semanales dedicadas al cuidado de los hijos en función del sexo



En relación al nivel educativo el mayor porcentaje de sujetos tiene estudios universitarios o son diplomados (74.6%), y son las mujeres las que tienen más estudios universitarios (75%) (ver figura 14 y 15).

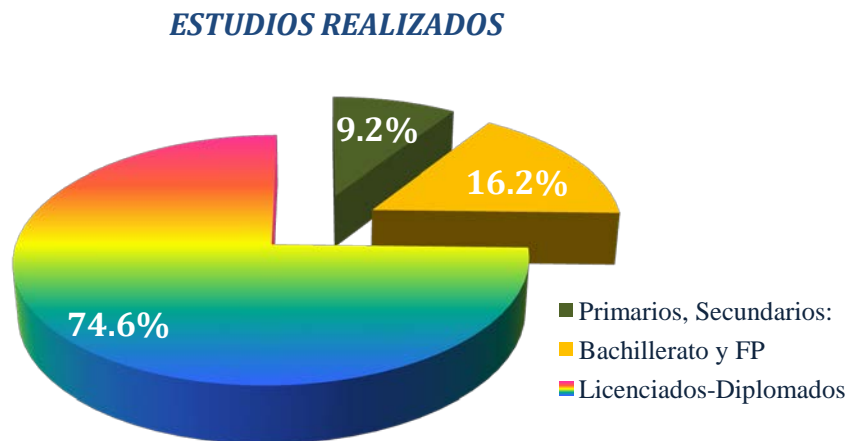


Figura 14: Porcentaje de los estudios realizados por los participantes

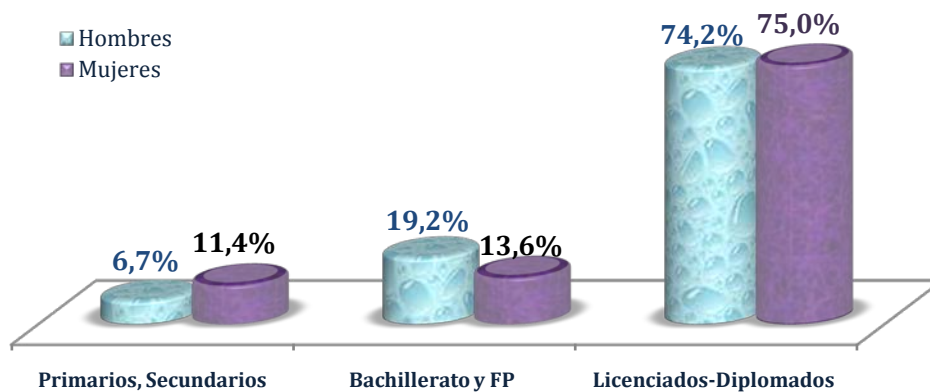


Figura 15: Porcentaje de los estudios realizados por los participantes en función del sexo

Los trabajadores pertenecen a distintos sectores de actividad (ver figuras 16 y 17) siendo el más numeroso el sector financiero (33%).

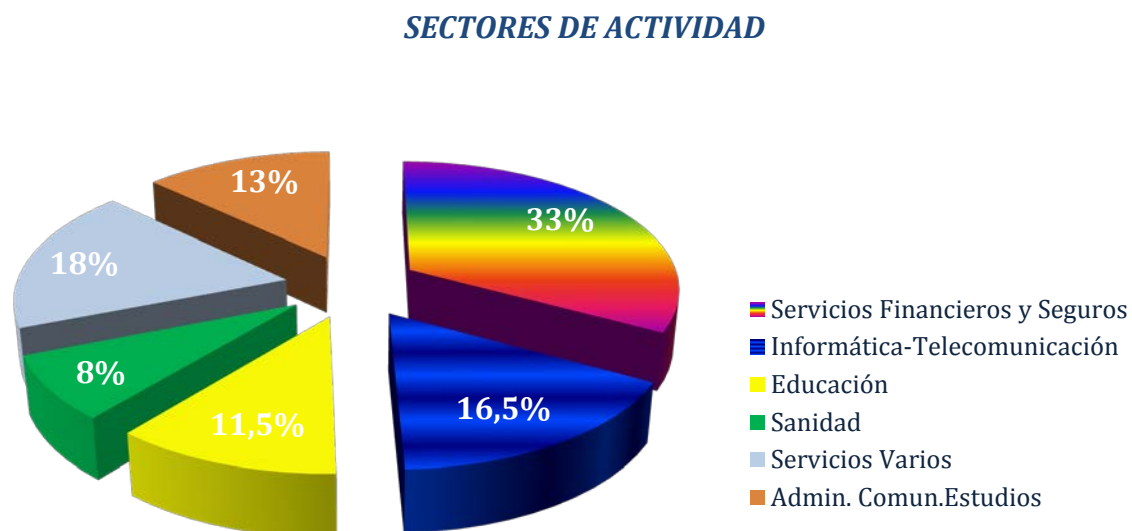


Figura 16. Porcentajes de los sectores de actividad de los participantes

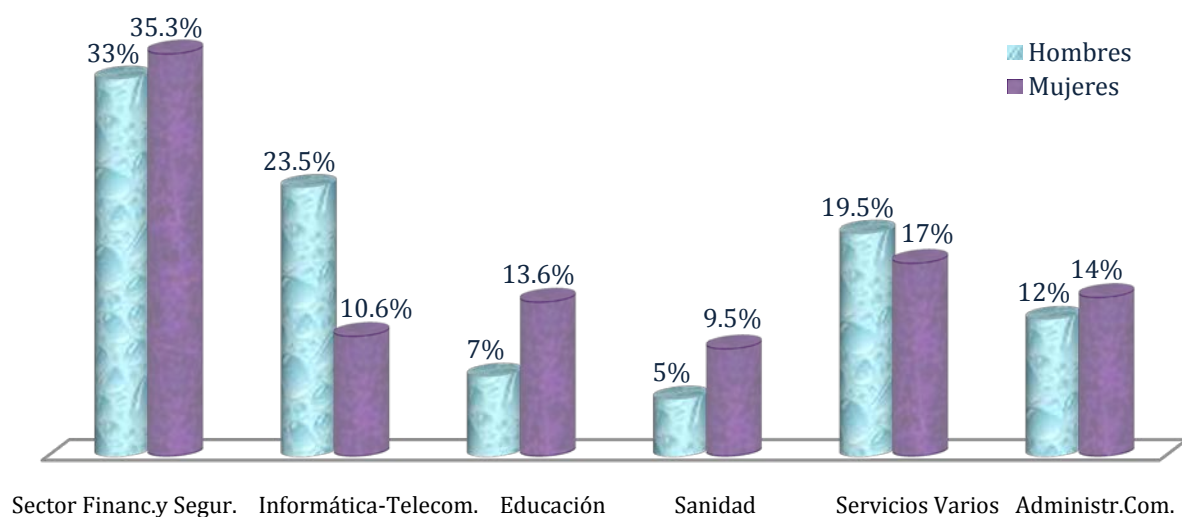


Figura 17. Porcentajes de los sectores de actividad en función del sexo

Por lo que respecta a la jornada de trabajo, en la tabla 16 se puede observar el tipo de jornada que realizan. En la tabla 17 se muestra la media de horas semanales dedicadas al trabajo, los años que llevan trabajando en el puesto actual y el total de años trabajados.

Tabla 16

*Tipo de jornada en función del sexo*

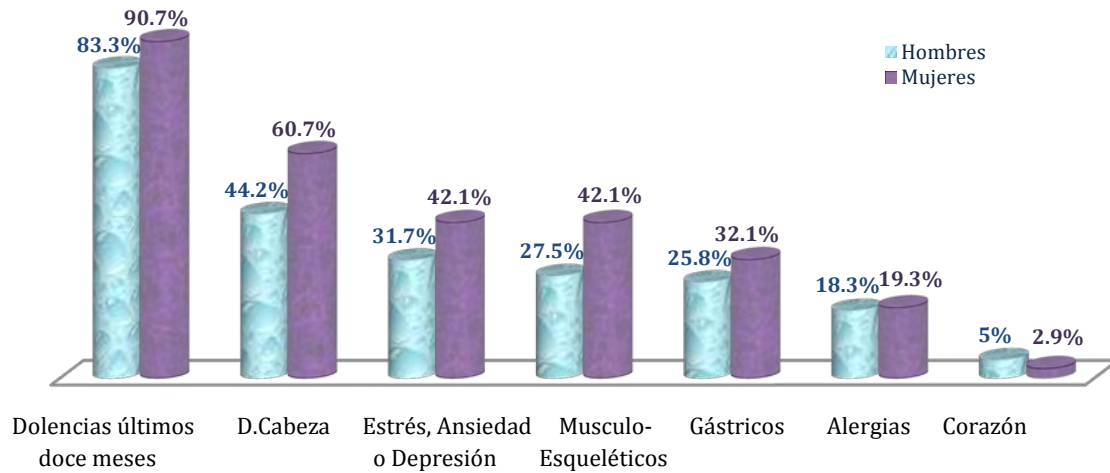
Tipo de jornada	Hombres (n=120)	Mujeres (n=140)	Total (N=260)
Continuada	46.2% (55)	47.1% (66)	46.7% (121)
Partida	53.8% (65)	52.9% (74)	53.3% (139)

Tabla 17

*Media de horas semanales y años trabajados en función del sexo*

Datos del trabajo	Hombres (n=120)	Mujeres (n=140)	Total (N=260)
Media de horas semanales dedicadas al trabajo	41.06	40.46	40.74
Media de años trabajados			
En el puesto actual	10.57	8.05	9.21
En total	17.49	14.95	16.12

En cuanto a la salud y hábitos de los trabajadores (figura 18 y tabla 18) más del 80% han tenido algún tipo de dolencia en los últimos 12 meses, siendo el mayor porcentaje dolores de cabeza (53.10%), seguido de estrés, ansiedad o depresión (37.3%) y de trastornos musculoesqueléticos (35.4%).

***DOLENCIAS SUFRIDAS***

*Figura 18. Porcentaje de dolencias sufridas por los participantes en función del sexo*

Han tomado medicamentos más del 50% de los trabajadores (tabla 18), fuman en la actualidad el 26% y practican algún deporte más del 50%.

Tabla 18

*Porcentajes de consumo de medicamentos, tabaco y práctica del deporte en función del sexo*

Datos de salud y hábitos	Hombres (n=120)		Mujeres (n=140)		Total (N=260)
	%	(n)	%	(n)	% (N)
Medicamentos más de dos meses	48%	(58)	61.4%	(86)	55.4% (144)
Ha fumado alguna vez	51.7%	(62)	61.4%	(86)	56.9% (148)
Fuma en la actualidad	25.8%	(31)	26.4%	(37)	26.2% (68)
Practica algún deporte	65%	(78)	53.6%	(75)	58.8% (153)

### 5.2.2. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

Datos biográficos del trabajador y variables relacionadas con el trabajo, conciliación y salud (apéndice A)

Medida de satisfacción, motivación y percepción de estrés en el trabajo (apéndice A)

Medida de Ansiedad:

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2007), (apéndice C)

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982), (apéndice D)

Medida de Riesgos Psicosociales: Cuestionario DECORE (Luceño & Martín, 2008), (apéndice B)

#### ■ **Datos biográficos del trabajador y variables relacionadas con la conciliación, el trabajo y la salud.**

En esta hoja se recogieron los datos relacionados con:

- **Datos biográficos:** sexo, edad, nivel de estudios.
- **Datos referentes a conciliación:** estado civil, número de hijos, número de horas dedicadas a las tareas del hogar y número de horas dedicadas al cuidado de los hijos.
- **Datos del trabajo:** actividad de la empresa en la que trabaja, años trabajados en el puesto actual y en total, tipo de jornada y número de horas semanales trabajadas.
- **Salud:** dolencias en los últimos 12 meses, consumo de medicamentos, tabaco y práctica de deporte.

A continuación describimos algunas de las preguntas referentes a variables relacionadas con problemas de salud:

Enfermedad: *“marque con una cruz si Vd. padece o ha padecido en el último año alguna de las dolencias descritas a continuación u otra:.....”* Se evalúan algunas dolencias en los trabajadores, como: dolor de cabeza, trastornos cardiovasculares, trastornos musculo esqueléticos, problemas gástricos, alergias, estrés, trastornos de ansiedad o depresión, entre otros.

Consumo de medicamentos: *“¿en los últimos dos meses ha tomado algún medicamento relacionado con su salud?”*.

En cuanto al tabaco se le pregunta si ha fumado alguna vez, si fuma en la actualidad y cuántos cigarrillos fuma al día.

Práctica deporte o actividad: *“¿practica algún deporte o realiza alguna actividad fuera de las horas de trabajo?”* El trabajador debe responder con una escala dicotómica de sí/no. Además se le pregunta qué tipo de deporte y cuantas horas semanales lo practica.

#### ▪ **Medida de satisfacción, motivación y percepción de estrés en el trabajo**

Cada una de estas variables fueron evaluadas a través de una escala mono ítem:

- Satisfacción: *“Estoy muy satisfecho con mi trabajo”*
- Motivación: *“Me encuentro muy motivado en el trabajo”*
- Percepción de estrés: *“Estoy muy estresado”*

En este caso, el trabajador tenía que responder a través de una escala continua de 5 puntos referente al grado de acuerdo (desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo). El rango de puntuaciones oscila entre 1 y 5, así los trabajadores que se sitúen en el 1 estarán muy en desacuerdo con la afirmación, y al posicionarse en el 5 estarán muy de acuerdo. Por tanto, lo deseable es que los empleados se encuentren próximos a 5 en satisfacción y motivación, y próximos a 1 en el caso del estrés.

## ■ **Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA** (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2007)

El inventario está basado en el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad (Endler & Okada, 1975) y en el modelo tridimensional de Lang (1971).

El enfoque es interactivo: las reacciones de ansiedad están en función de las características personales, las condiciones situacionales y la interacción persona-situación. Por tanto se observa la interacción entre la predisposición existente del individuo (rasgo) y las características de la situación en que tienen lugar la conducta. Además el cuestionario se basa en un modelo multidimensional que tiene en cuenta los tres sistemas de respuestas: cognitivo, fisiológico y motor en cada una de las situaciones que se plantean.

Por tanto, a partir de estas teorías se crea el Cuestionario ISRA que es un autoinforme el cual permite obtener la medida del rasgo general de ansiedad y los tres componentes que se dan en la respuesta de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) así como los rasgos específicos de ansiedad en las cuatro situaciones (evaluación, interpersonal, fóbica y en la vida cotidiana).

El Cuestionario ISRA tiene un formato Situación-Respuesta (S-R) y consta de 224 ítems, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta. Incluye, además una situación abierta que puede ser descrita por el sujeto. El cuestionario se responde de acuerdo con una escala de frecuencia de 5 puntos, donde 0 "casi nunca" a 4 "casi siempre", indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación. El sujeto solo contestará las casillas que están en blanco.

En el cuestionario se evalúan las siguientes escalas:

### **Sistemas de Respuestas de Ansiedad**

□ Escala C: **Respuestas del sistema cognitivo**: el sujeto debe responder a 56 ítems formados por la interacción de 22 situaciones y alguna de las 7 respuestas representativas del sistema cognitivo que se le preguntan. Aquí nos encontramos con

pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., en definitiva situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión. Situaciones que le producen falta de concentración y de decisión. El sujeto tiene la idea de que es observado por las personas de su entorno, ven como se comporta y se dan cuenta de sus problemas y errores.

Por ejemplo, en la pregunta 5, que se muestra más abajo, el sujeto debe de efectuar dos respuestas: 5.3 y 5.4, de acuerdo con la escala de frecuencia desde “0” casi nunca a “4” casi siempre:

*5. En mi trabajo o cuando estudio:*

*5.3. Me siento inseguro de mí mismo* ☐

*5.4 Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme* ☐

☐ Escala F: **Respuestas del sistema fisiológico:** Debe responder a 112 ítems formados por la interacción de 22 situaciones y alguna de las 10 respuestas representativas del sistema de respuesta fisiológico. Estas respuestas a las 22 situaciones que corresponden con el índice de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y del Sistema Nervioso Simpático (SNS). La puntuación final se divide entre dos.

Algunos ejemplos de respuesta son: palpitaciones, taquicardia, respiración agitada, apnea, tensión muscular; sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritonas, temblor, sudoración, etc., junto con otros síntomas como: dolor de cabeza, mareo, molestias de estómago, náuseas, etc. Estas respuestas están relacionadas con una alta actividad autonómica.

Como ejemplo de situación de la pregunta 5 (que se detalla más abajo), el sujeto debe efectuar tres respuestas: 5.1., 5.4 y 5.6, de acuerdo con la escala de frecuencia desde “0” casi nunca a “4” casi siempre:

*5. En mi trabajo o cuando estudio*

*5.1. Siento molestias en el estómago* ☐

*5.4 Me duele la cabeza* ☐

*5.6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa* ☐



□ **Escala M: Respuestas motoras:** El sujeto debe responder a 56 ítems formados por la interacción de 22 situaciones y alguna de las 7 respuestas representativas del sistema motor. Estas respuestas se pueden observar con mucha facilidad por otras personas debido a que normalmente conllevan una agitación motora observable. A veces estas respuestas implican dificultades de expresión verbal, como bloqueo o tartamudez. En otras ocasiones se muestran con movimientos torpes, fumar, comer y /o beber en exceso, conductas de huida o evitación, hiperactividad, llanto, movimientos repetitivos de pies y/o manos, rascarse, etc.

En el ejemplo de la situación de la pregunta 5, se deben efectuar cuatro respuestas: 5.1, 5.3, 5.6 y 5.9 de acuerdo con la escala de frecuencia desde “0” casi nunca a “4” casi siempre:

*5. En mi trabajo o cuando estudio*

*5.1. Lloro con facilidad* □

*5.3. Fumo, como o bebo demasiado* □

*5.6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes* □

*5.9 Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar* □

### **Rasgos Específicos o áreas situacionales generadoras de ansiedad**

□ **Factor I: Ansiedad ante la evaluación.** Consta de 62 ítems. Se tienen en cuenta solo las respuestas de 6 situaciones (1, 4, 8, 10, 11 y 13) de las 22 preguntas efectuadas, que son las que implican evaluación y asunción de responsabilidades en los tres sistemas de respuesta. Se encontrarían situaciones como hablar en público, hacer un examen o una prueba, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas o posibilidades de ser evaluado negativamente, etc.

Como ejemplo, en la pregunta 10 se tienen en cuenta las respuestas recogidas del sistema cognitivo, fisiológico y motor, cuyas casillas de respuesta están en blanco:

*10. Si tengo que hablar en público:*

*C 10.1. Me preocupo fácilmente* □

*C 10.4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme* □

*F 10.1. Siento molestias en el estómago* □

*F 10.3. Me tiemblan las manos o las piernas* ☐

*F 10.4. Me duele la cabeza* ☐

*F 10.6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa* ☐

*F 10.7. Me falta el aire y mi respiración es agitada* ☐

*F 10.8. Siento náuseas y mareos* ☐

*F 10.9. Se me seca la boca y tengo dificultad para tragar* ☐

*F 10.10. Tengo escalofríos y tiritito aunque no haga mucho frío* ☐

*M 10.3. Fumo, como o bebo demasiado* ☐

□ **Factor II: Ansiedad Interpersonal** Situaciones interpersonales (sexuales y de interacción social): consta de 25 ítems, tiene en cuenta tres situaciones del cuestionario, 3 preguntas (7, 15 y 18) con sus respuestas en los tres sistemas. Aquí se incluyen situaciones como ir a una cita con alguien del otro sexo, estar muy cerca de otra persona o en una situación sexual íntima, participar en una reunión social, conocer gente nueva o esperar a alguien en un lugar concurrido.

Como ejemplo en la pregunta 15 se tienen en cuenta las respuestas recogidas del sistema cognitivo, fisiológico y motor, cuyas casillas de respuesta están en blanco y que son:

*15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo:*

*C15.5. Siento miedo* ☐

*F15.3. Me tiemblan las manos o las piernas* ☐

*F15.4. Me duele la cabeza* ☐

*F15.7. Me falta el aire y mi respiración es agitada* ☐

*F15.9. Se me seca la boca y tengo dificultad para tragar* ☐

*M15.4. Trato de evitar o rehuir la situación* ☐

□ **Factor III: Ansiedad Fóbica.** Consta de 47 ítems que corresponden a 4 situaciones (12, 14, 17 y 19) del cuestionario con sus respuestas en los tres sistemas cognitivo, fisiológico y motor. El elemento central que aparece en la situación es un estímulo típicamente fóbico: viajar en avión o en barco, las multitudes y espacios cerrados, lugares altos o aguas profundas, los dentistas, las inyecciones, observar escenas violentas, etc.

Como ejemplo, en la pregunta 14 se tienen en cuenta las respuestas recogidas del sistema cognitivo, fisiológico y motor, cuyas casillas de respuesta están en blanco y que son:

14. *Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre:*

C14.1. *Me preocupa fácilmente* ☐

F14.4. *Me duele la cabeza* ☐

F14.7. *Me falta el aire y mi respiración es agitada* ☐

F14.7. *Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío* ☐

M14.5. *Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta* ☐

M14.7. *Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal* ☐

☐ **Factor IV. Ansiedad antes situaciones habituales o de la vida cotidiana.** Consta de 27 ítems que corresponden a 3 situaciones (5, 21 y 22) del cuestionario con sus respuestas en los tres sistemas: cognitivo, fisiológico y motor. Serían las situaciones que tienen que ver con el contexto y quehacer diario y habitual del individuo, por ejemplo a la hora de dormir, situación de trabajo o estudios, por nada en concreto.

Como ejemplo, en la pregunta 22 se tienen en cuenta las respuestas recogidas del sistema cognitivo, fisiológico y motor, cuyas casillas de respuesta están en blanco y que son:

22. *A la hora de dormir:*

C22.1. *Me preocupa fácilmente* ☐

C22.2. *Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, torpe, etc.* ☐

C22.7. *Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos* ☐

F22.4. *Me duele la cabeza* ☐

M22.5. *Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta* ☐

☐ **T Puntuación total (rasgo).** La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y es la que nos dará el nivel general o rasgo de ansiedad del sujeto. Antes de sumar todas las puntuaciones se debe dividir entre dos la puntuación en la escala fisiológica.

El Cuestionario, que consta de tres hojas, se tiene que aplicar en el siguiente orden: C (cognitivo), F (fisiológico) y M (motor). La escala que se utiliza para evaluar la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas en cada una de las situaciones (22), va de 0 a 4 desde “casi nunca” a “casi siempre”.

A continuación mediante una tabla (tabla 19) se recoge el nº de ítems y puntuaciones para cada uno de los sistemas de respuesta y rasgos específicos del cuestionario que hemos detallado en cada apartado.

Tabla 19

*Nº de situaciones, ítems y puntuaciones en las escalas del Cuestionario ISRA*

	Escalas Ansiedad	Situaciones	Ítems <sup>b</sup>	Puntuación máxima <sup>c</sup>
Sistemas de respuestas				
	Cognitiva C	22	56	224
	Fisiológica F	22	112	448/2
	Motora M	22	56	224
Puntuación Total	Total T <sup>a</sup>	22	224	672
Rasgos Específicos			<sup>b</sup>	
	Evaluación FI	6	62	184
	Interpersonal FII	3	25	72
	Fóbica FIII	4	47	146
	Cotidiana FIV	3	27	84

*Nota:* <sup>a</sup> T=Puntuación total, suma de C + F/2 + M; <sup>b</sup> nº de ítems en cada escala: FI = 6 situaciones: 1, 4, 8, 10, 11 y 13; 62 ítems: 15 de C, 15 de M y 32 de F; FII = 3 situaciones: 7, 15 y 18 y 25 ítems: 4 de C, 7 de M y 14 de F; FIII = 4 situaciones: 12, 14, 17 y 19 y 47 ítems: 14 de C, 12 de M y 21 de F; FIV = 3 situaciones: 5, 21, 22 y 27 ítems: 10 de C, 5 de M y 12 de F; <sup>c</sup> Puntuaciones: ( puntuación máxima ítem: 4); C = 56\*4; F = (112\*4)/2; M = 56\*4; T = 56\*4 + (112\*4)/2 + 56\*4; FI = 30\*4 + (32\*4)/2; FII = 11\*4 + (14\*4)/2; FIII = 26\*4 + (21\*4)/2; FIV = 15\*4 + (12\*4)/2.

Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala y la total se pueden transformar a puntuaciones centiles, utilizando tablas de baremación, para elaborar el perfil de cada sujeto y así conocer su nivel de ansiedad en relación a la población

general. En el perfil se delimitan cuatro niveles de ansiedad, con una línea horizontal en los centiles 25, 75 y 99.

- Ausencia de ansiedad o mínima: hasta el centil 25 (25% de la población normal).
- Ansiedad moderada o marcada: desde el centil 30 al 75 (aquí se encuentra el 50% de la población normal).
- Ansiedad severa: desde el centil 80 al 95 (25% de la población normal).
- Ansiedad extrema: el centil 99.

Estas puntuaciones son muy importantes para evaluar situaciones, respuestas e interacción entre ambas y elaborar perfiles, tanto de respuesta como de situación, para elegir la mejor técnica de intervención, dependiendo de las áreas problemáticas y la reactividad predominante: cognitiva, fisiológica o motora. El cuestionario permite obtener un perfil cognitivo-físico-motor de respuesta a cada situación. Este tipo de perfil ya había sido propuesto anteriormente por Kazdin (1979), refiriéndose a él como “especificidad situacional”.

El Cuestionario ISRA presenta unas buenas propiedades psicométricas. Los análisis factoriales confirman el modelo, ya que reflejan la existencia de tres rasgos específicos de ansiedad y cuatro tipos de situaciones generadoras de ansiedad. Las correlaciones entre los tres sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora), oscilan entre .40 y .70 (ansiedad cognitiva y ansiedad motora .46; ansiedad motora y ansiedad fisiológica .41; ansiedad cognitiva y fisiológica .71).

Las correlaciones entre los cuatro tipos de situaciones generadoras de ansiedad oscilan entre .34 y .55 (ansiedad evaluación y ansiedad interpersonal .55; ansiedad evaluación y fóbica .62; ansiedad evaluación y ansiedad cotidiana .50; ansiedad interpersonal y fóbica .43; ansiedad interpersonal y cotidiana .34 y ansiedad fóbica y cotidiana .34.).

La fiabilidad de la prueba se comprobó mediante el coeficiente "alfa". Los resultados mostraron una alta consistencia interna tanto en la puntuación total de ISRA, como para cada una de sus escalas, oscilando entre .95 y .99 (cognitivo = .96,

fisiológico = .98, motor = .95 y total = .99). La fiabilidad test-retest, para diferentes muestras, alcanza los siguientes rangos: .75-.86 (total), .68-.80 (escala cognitiva), .74-.79 (escala fisiológica), .75-.82 (escala motora). El cuestionario presenta una alta validez convergente (.61 con STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982). Además tiene una buena capacidad de discriminación entre distintas muestras y en grupos con diversos trastornos de ansiedad (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1992, 2002).

A modo de resumen, podemos concluir que a partir de la aplicación del cuestionario ISRA, se pueden obtener ocho puntuaciones, referentes a las siguientes escalas:

- Ansiedad Cognitiva (C)
- Ansiedad Motora (M)
- Ansiedad Fisiológica (F)
- Ansiedad de Evaluación (FI)
- Ansiedad Interpersonal (FII)
- Ansiedad Fóbica (FIII)
- Ansiedad Cotidiana (FIV)
- Ansiedad Total (T)

▪ **Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo STAI** (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982) adaptado por TEA para la población española (Seisdedos, 1988).

Este cuestionario mide **Ansiedad Estado (AE)** y **Ansiedad Rasgo (AR)**.

La Ansiedad Estado hace referencia a un estado o condición emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, conscientemente percibidos, también se produce una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Su intensidad, en contraposición con la Ansiedad Rasgo, puede fluctuar y variar en el tiempo.

El Rasgo de Ansiedad, hace referencia a la ansiedad estable y diferencia a los sujetos en función de su tendencia general para sentir ansiedad ante cualquier tipo de situación. Los sujetos que tienen tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras elevan consecuentemente también su Ansiedad Estado.

El cuestionario consta de 40 preguntas, las 20 primeras miden la sintomatología ansiosa, reacción transitoria (subescala de ansiedad estado STAI-E) y las 20 siguientes la presencia de sintomatología ansiosa como rasgo persistente de ansiedad (subescala ansiedad rasgo STAI-R). Se contesta en una escala tipo Likert de 0 a 3, desde “nada” a “mucho” en Ansiedad Estado (cómo se siente ahora mismo) y “casi nunca” a “casi siempre” en Ansiedad Rasgo (cómo se siente en general).

Diez de los ítems de Ansiedad Estado están redactados en el sentido de la escala, es decir a mayor ansiedad mayor puntuación (ítems afirmativos), y diez son inversos. En las preguntas de Ansiedad Rasgo siete de los ítems son inversos.

El test se corrige sumando el valor de los ítems afirmativos y restándole la suma de los inversos. Posteriormente la puntuación obtenida se le suma una constante, que es 30 para Ansiedad Estado y 21 para Ansiedad Rasgo. También existen baremos en puntuaciones centiles.

En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna es elevada, oscilando entre .90-.93 para la subescala Estado, y entre .84-.87 para la subescala Rasgo. La fiabilidad test-retest en la subescala Rasgo se sitúa en un rango de .73-.86.

Por lo que respecta a la validez, las escalas muestra correlaciones positivas y significativas con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad manifiesta de Taylor – MAS (Taylor, 1953) y la Escala de Ansiedad de Cattell, 16PF (Cattell, 1963) ( $r=.73-.85$ , respectivamente).

#### ▪ **Cuestionario DECORE (Luceño & Martín, 2008)**

El Cuestionario se creó a partir de dos modelos teóricos: el modelo Demanda-Control- Apoyo Social (Johnson, 1986; Johnson & Hall, 1988; Karasek, 1979) y el modelo del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996, 1998). Se construyó para identificar y medir en el entorno laboral la percepción que tienen los trabajadores de algunos de los riesgos psicosociales que se relacionan con estrés y salud (Luceño, 2005; Luceño, Martín, Miguel-Tobal & Jaén, 2006).

Los riesgos psicosociales evaluados con el Cuestionario DECORE son (Luceño & Martín, 2008):

**Apoyo organizacional (AO):** evalúa las relaciones con los compañeros y supervisores. El apoyo organizacional ayuda a reducir el estrés organizacional y a motivar a los colaboradores.

**Control (C):** mide en qué medida el trabajador puede determinar el modo de trabajar, qué tarea realiza, el lugar, y en suma, las decisiones que influyen y afectan al fin del trabajo en sí.

**Demandas cognitivas (DC):** tienen que ver con “cuanto” se trabaja (cantidad y calidad). Son los requerimientos que se le exigen al trabajador por su trabajo.

**Recompensas (R):** hace referencia a los beneficios que el trabajador recibe por la contribución a la organización.

Además el Cuestionario proporciona información de los siguientes Índices combinados del riesgo:

**Índice de Desequilibrio Demanda-Recompensas (IDR):** representa la relación entre las demandas laborales y las recompensas que obtiene el trabajador de su esfuerzo. Se obtiene sumando las puntuaciones de las escalas Demandas cognitivas, Recompensas y Apoyo organizacional.

**Índice de Desequilibrio Demanda-Control (IDC):** representa la relación entre las demandas laborales y el control que tiene el trabajador. Se obtiene sumando las puntuaciones de las escalas Demandas cognitivas, Control y Apoyo organizacional.

**Índice Global del Riesgo (IGR)** tiene en cuenta todas las puntuaciones en todas las escalas del cuestionario, por lo que es una medida global del riesgo. Una puntuación elevada indica una situación adversa desde el punto de vista de los riesgos psicosociales. Se obtiene sumando las puntuaciones de las cuatro escalas.



El Cuestionario DECORE está formado por 44 ítems cortos que se contestan con una escala tipo Liker de cinco puntos (1= *muy en desacuerdo*, 5= *muy de acuerdo*), y se refieren a cómo el sujeto percibe los riesgos psicosociales que se evalúan.

Se obtiene una puntuación por cada una de las escalas: Apoyo organizacional (AO), Control (C), Demandas cognitivas (DC) y Recompensas (R); además de los tres índices combinados del riesgo: Índice Global del Riesgo (IGR), Índice de Desequilibrio Demanda-Control (IDC) e Índice de Desequilibrio Demanda-Recompensa (IDR). Estas puntuaciones están expresadas en una escala normalizada, puntuaciones S con media 50 y desviación típica 20. A mayor puntuación mayor percepción del riesgo psicosocial, excepto para la escala Demandas cognitivas, en la que es adverso para el trabajador tanto tener un nivel elevado de demandas como un nivel muy bajo. Para cada factor e índice combinado del riesgo se especificaron distintos niveles de exposición al riesgo, éstos son: *excelente, saludable, alerta y emergencia* para todas las dimensiones e índices combinados de DECORE, excepto en Demandas cognitivas, para las que los niveles de exposición fueron: *alerta positiva, saludable y alerta negativa*.

En la figura 19, se puede observar un ejemplo de cómo se presentan los resultados al utilizar la aplicación informatizada del cuestionario DECORE.

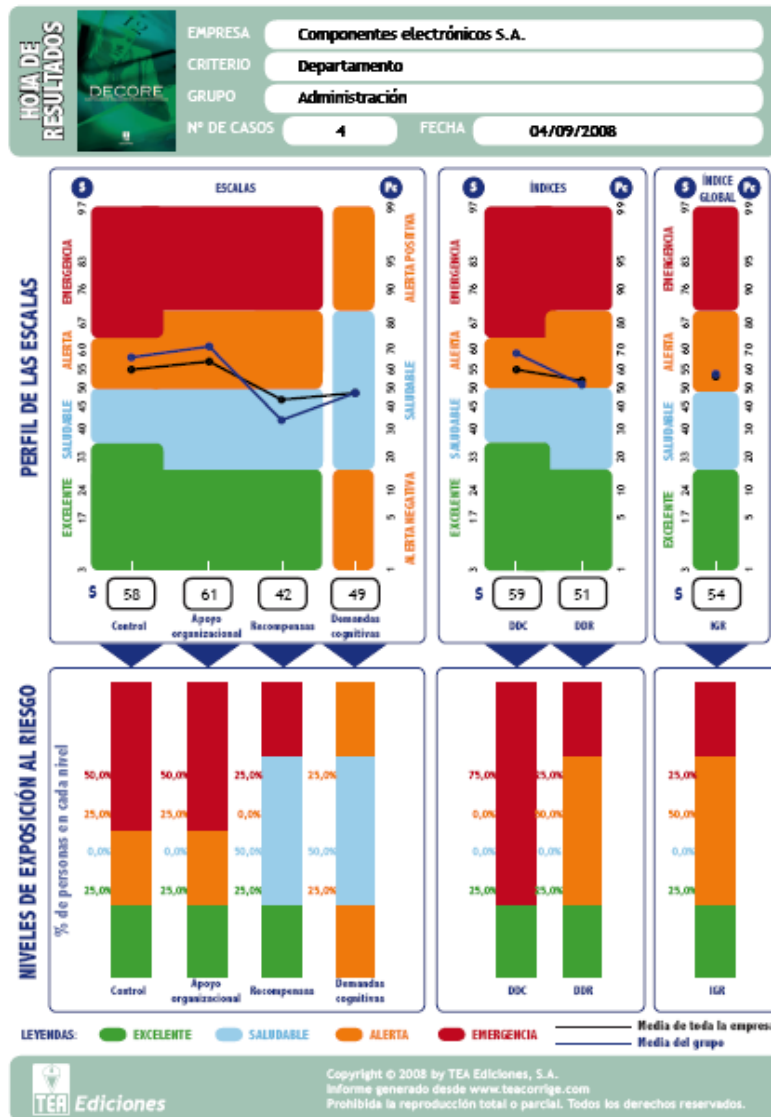


Figura 19. Ejemplo información del Cuestionario DECORE, Demo DECORE, corrección TEA Ediciones

Este cuestionario presenta unos altos índices de validez y fiabilidad (Luceño, 2005; Luceño, Martín, Miguel-Tobal & Jaén, 2006). Esta última se evaluó a través del índice de consistencia interna,  $\alpha$  de Cronbach, obteniéndose índices mayores a .80 en todas las escalas. La validez se evaluó a través de análisis factorial confirmatorio y exploratorio, corroborando el modelo de cuatro factores (Luceño, Martín, Rubio & Díaz, 2010).

### **5.2.3. Procedimiento**

Al comienzo de la investigación contactamos con los responsables de diferentes empresas a los que se les explicó el objetivo de la investigación y la posibilidad de que los trabajadores participaran de modo voluntario y anónimo en una investigación sobre riesgos psicosociales, estrés, ansiedad y conciliación. Se aplicaron los cuestionarios adaptándonos a las horas disponibles de los trabajadores de cada empresa. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad. Para facilitar la comprensión de cómo debían efectuar la cumplimentación de los datos y evitar errores, se les entregaron los cuestionarios con un dossier explicativo en el que se detallaba información para cumplimentar los cuestionarios, así como el orden. En primer lugar, debían rellenar el cuestionario con sus datos personales, trabajo, salud; en segundo lugar, los datos relativos a riesgos psicosociales, con el Cuestionario DECORE, para finalmente, rellenar los datos referentes a ansiedad con los Cuestionarios ISRA y STAI. Los trabajadores podían contactar en todo momento con los responsables de la investigación para resolver cualquier duda que les pudiera surgir. El tiempo de aplicación de los cuestionarios fue de aproximadamente una hora. A los trabajadores también se les dio la posibilidad de conocer sus resultados de modo individual y totalmente confidencial, para ello sólo tenían que decirnos el número de referencia de su dossier de cuestionarios.

## 6. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los tres estudios. Para facilitar la comprensión de los estudios, en todos ellos se retoman los objetivos y las hipótesis ya explicadas en el apartado introducción, de este capítulo.

Por tanto, en la explicación de los estudios se seguirá el siguiente esquema de trabajo: objetivo, hipótesis; y resultados para cada una de las hipótesis.

Debido al gran número de análisis estadísticos realizados, con distintas variables y distintos grupos, en el epígrafe resultados, se incluirán los análisis realizados en cada caso y en los apéndices E, F, G figuran todas las hipótesis, análisis y resultados (tablas 51,52 y 53). Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

A continuación se detallan cada uno de los estudios.

### 6.1. Estudio uno – Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés

#### 6.1.1. Objetivo e Hipótesis

##### Objetivo

El objeto de este estudio es evaluar si los trabajadores expuestos a riesgos psicosociales en su puesto de trabajo tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad y estrés.

***Hipótesis 1: Los riesgos psicosociales evaluados con DECORE predicen ansiedad y estrés en los trabajadores***

#### 6.1.2. Análisis realizados

***Matriz de correlaciones, medias, desviaciones típicas y fiabilidad de los factores evaluados con DECORE, ISRA y STAI, en el grupo total de trabajadores.***

En la tabla 20 se puede observar la matriz de correlaciones entre todas las escalas de los cuestionarios DECORE, ISRA y STAI; así como las medias, desviaciones típicas y fiabilidad de las mismas, en el grupo total de trabajadores.

Tabla 20

*Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, ISRA y STAI – Grupo total (n=260)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Apoyo organizacional AO	-	-.07	.36**	.17**	.69**	.67**	.66**	.17**	.11	.08	.13*	.34**	.27**
2 Demandas cognitivas DC		-	.10	-.11	.49**	.42**	.37**	-.07	.04	.05	.00	.05	-.01
3 Control C			-	.13*	.76**	.35**	.69**	.19**	.18**	.15*	.19**	.36**	.31**
4 Recompensas R				-	.10	.63**	.54**	.05	.08	.09	.08	.13*	.13*
5 IDC					-	.74**	.89**	.15*	.17**	.14*	.16**	.39**	.29**
6 IDR						-	.91**	.09	.14*	.13*	.13*	.31**	.24**
7 IGR							-	.16*	.18**	.16**	.18**	.39**	.31**
8 Ansiedad Cognitiva C								-	.79**	.69**	.92**	.53**	.70**
9 Ansiedad Fisiológica F									-	.75**	.93**	.49**	.59**
10 Ansiedad Motora M										-	.89**	.43**	.56**
11 Ansiedad Total T											-	.53**	.68**
12 Ansiedad Estado AE												-	.77**
13 Ansiedad Rasgo AR													
Media	46.5	59.5	50.4	46.5	53.1	51.3	51	61.	34.6	32.2	127.9	21.2	20.6
Desviación Típica	19.4	17.2	18.5	19.1	17.9	16.9	17.2	32.8	30.2	28.4	83.4	11.2	10.1
Fiabilidad (Alfa de Cronbach)	.84	.78	.79	.85	.81	.78	.82	.96	.98	.96	.99	.94	.90

*Nota:* 5 IDC = Índice de Demanda- Control; 6 IDR = Índice de Demanda-Recompensas; 7 IGR = Índice Global del Riesgo.

\*p<.05 \*\*p<.01

Las correlaciones entre las escalas de DECORE son, como se esperaba, moderadamente bajas, ya que son dimensiones independientes. La correlación más alta se produce entre Apoyo organizacional y Control (.36).

Las correlaciones entre las escalas básicas de DECORE y los índices combinados del riesgo son, como se espera, moderadamente elevadas, ya que los índices son combinaciones de las puntuaciones básicas. Las correlaciones más elevadas son las que se dan entre: Control y el Índice Demanda Control (.76), Control y el Índice Global de Riesgo (.69) y Apoyo organizacional y el Índice de Demanda Control (.69). Las puntuaciones más bajas se producen entre la escala Recompensas y el Índice Demanda Control (.10), ya que las Recompensas no se incluyen en ese índice.

Las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad evaluadas con ISRA son elevadas, la mayor se da entre Ansiedad Cognitiva y Fisiológica (.79). Las correlaciones entre las escalas Cognitiva, Fisiológica y Motora, y la escala Total son altas (.92, .93 y .89 respectivamente).

Las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad evaluadas con STAI, igualmente, son elevadas (.77).

A continuación se resume las correlaciones que son estadísticamente significativas, entre las dimensiones de los riesgos psicosociales evaluados con el Cuestionario DECORE, y las dimensiones de ansiedad medidas con los Cuestionarios ISRA y STAI:

Apoyo organizacional: las correlaciones son estadísticamente significativas con: Ansiedad Cognitiva (.17) y Ansiedad Total (.13) del Cuestionario ISRA, y Ansiedad Estado (.34) y Ansiedad Rasgo (.27) del Cuestionario STAI.

Demandas cognitivas: no hay ninguna correlación estadísticamente significativa con ninguna escala de ansiedad.

Control: las correlaciones son estadísticamente significativas con Ansiedad Cognitiva (.19), Ansiedad Fisiológica (.18), Ansiedad Motora (.15) y Ansiedad Total (.19) del Cuestionario ISRA, y Ansiedad Estado (.36) y Ansiedad Rasgo (.31) del Cuestionario STAI.

Recompensas: la correlación es estadísticamente significativa solo con Ansiedad Estado (.13) y Ansiedad Rasgo (.13) del Cuestionario STAI.

Los tres índices combinados del riesgo de DECORE (Índices de Demanda-Control, Demanda-Recompensas y Global del Riesgo) presentan correlaciones estadísticamente significativas con los factores de Ansiedad medidos con el Cuestionario ISRA: Ansiedad Cognitiva (el Índice Demandas Control y el Índice Global del Riesgo: .15 y .16), Ansiedad Fisiológica (.17, .14 y .18), Ansiedad Motora (.14, .13, .16) y Ansiedad Total (.16, .13, .18), y con el Cuestionario STAI: Ansiedad Estado (.39, .31, .39) y Ansiedad Rasgo (.29, .24 y .31).

Por todo lo anterior se pone de manifiesto que existen correlaciones estadísticamente significativas entre los riesgos psicosociales e índices (a excepción de las Demandas cognitivas) y la ansiedad medida con el Cuestionario STAI y con el Cuestionario ISRA en algunas dimensiones de ansiedad. Las correlaciones entre los riesgos psicosociales y la ansiedad, son más elevadas cuando se evalúa la ansiedad con el cuestionario STAI que cuando se evalúa con el cuestionario ISRA.

Además, todas las dimensiones analizadas de los Cuestionarios DECORE, ISRA y STAI, para el grupo total de trabajadores, tienen un alto nivel de fiabilidad, ya que los índices  $\alpha$  de Cronbach son superiores a .70 en todos los casos.

***Ecuación de regresión por pasos sucesivos: variable independiente DECORE y variable dependiente Ansiedad Total ISRA, en la muestra total de trabajadores***

Para evaluar si conociendo la percepción que tienen los trabajadores sobre los riesgos psicosociales se puede predecir si estarán o no ansiosos, se realizaron dos ecuaciones de regresión lineal, utilizando para ello el método de selección de variables *pasos sucesivos*. En las dos ecuaciones se utilizaron las escalas básicas del DECORE como predictores. Para la primera ecuación, la variable dependiente, a pronosticar, fue Ansiedad Total del cuestionario ISRA, y en la segunda, la escala Ansiedad Estado del Cuestionario STAI.

Por tanto, en el primer análisis de regresión, la variable dependiente (a pronosticar) fue Ansiedad Total (ISRA) siendo las variables independientes (predictores) las dimensiones básicas del Cuestionario DECORE (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional). En la tabla 21 se muestra el resumen de las distintas ecuaciones de regresión lineal obtenidas.

La mejor ecuación para pronosticar ansiedad total, evaluada con el cuestionario ISRA, es aquella que utiliza la variable **Control**, como predictor; no incluyendo, por tanto los factores: Apoyo organizacional, Demandas cognitivas y Recompensas dentro de la ecuación (ver tablas 21 y 22).

Tabla 21  
Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente Ansiedad Total ISRA (N= 260)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Corregida	ET	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl 1	gl 2	Sig.F
1	.189 <sup>a</sup>	.036	.032	82.054	.036	9.603	1	258	.002

Nota: ET = error típico. <sup>a</sup> Variable predictora = C (Control)

Tabla 22  
Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable Ansiedad Total ISRA (N=260)

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	Beta	Error típ.	Beta				Límite inferior	Límite superior
Constante	84.791	14.803			5.728	.000	55.641	113.941
CONTROL	.854	.276	.189		3.099	.002	.311	1.397

Ecuación de regresión:

$$\text{Ansiedad Total ISRA} = 84.791 + 0.854 (\text{CON})$$

El coeficiente de determinación no es muy alto en la ecuación ( $R^2 = .036$ ) para Ansiedad Total de ISRA.

***Ecuación de regresión por pasos sucesivos; variable independiente: dimensiones básicas del DECORE; variable dependiente: Ansiedad Estado STAI, para la muestra total de trabajadores.***

El objetivo del segundo estudio de ecuaciones de regresión lineal, fue pronosticar el estado de ansiedad del trabajador (variable Ansiedad Estado del STAI), a partir de las dimensiones básicas del DECORE. Por tanto, tomando como predictores las dimensiones del Cuestionario DECORE, se calcula una ecuación de regresión lineal (regresión *stepwise*) utilizando el método de selección de variables *pasos sucesivos*.



La tabla 23 presenta los resúmenes de las distintas ecuaciones de regresión que se obtienen al analizar la percepción de los distintos riesgos psicosociales como variables independientes (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional), y la dimensión Ansiedad Estado del STAI, como variables dependiente.

A la hora de predecir el estado de ansiedad del trabajador (variable Ansiedad Estado, STAI), la mejor ecuación es la que utiliza como predictores las variables **Control y Apoyo organizacional**, no incluyendo por tanto los factores: Demandas cognitivas y Recompensas (ver tablas 23 y 24).

Tabla 23

*Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente Ansiedad Estado STAI (N= 260)*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> corregida	ET	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl 1	gl 2	Sig.F
1	.364 <sup>a</sup>	.133	.129	10.437	.133	39.499	1	258	.000
2	.425 <sup>b</sup>	.181	.175	10.162	.048	15.135	1	257	.000

*Nota:* ET = error típico. <sup>a</sup> Variable predictora = C (Control). <sup>b</sup> Variable predictora = C, AO (Apoyo organizacional)

Tabla 24

*Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable Ansiedad Estado STAI (N=260).*

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	Beta	Error típ.	Beta				Límite inferior	Límite superior
Constante	6.314	2.068			3.054	.002	2.243	10.386
CONTROL	.169	.037	.279		4.602	.000	.096	.241
APOYO ORGANIZACIONAL	.136	.035	.236		3.890	.000	.067	.205

Ecuación de regresión:

$$\text{Ansiedad Estado STAI} = 6.314 + 0.169 (\text{CON}) + 0.136 (\text{AORG})$$

El coeficiente de determinación no es muy alto en la ecuación ( $R^2 = .181$ ) para Ansiedad Estado del STAI.

## 6.2. Estudio dos – Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan

### 6.2.1. Objetivo e hipótesis 2, 3 y 4

El objeto de este estudio es comprobar si existen diferencias en la percepción de los riesgos psicosociales y la ansiedad entre mujeres y hombres que trabajan. También se evalúan las diferencias en algunas variables de salud como: dolencias, consumo de medicamentos, consumo de tabaco y práctica de deporte. Además se evaluaron las diferencias en las variables: percepción de satisfacción, estrés y motivación.

### 6.2.2. Análisis realizados

#### **Matriz de correlaciones grupo de hombres y grupo de mujeres**

***Matriz de correlaciones, medias, desviaciones típicas y fiabilidad de los factores evaluados con DECORE, ISRA y STAI, en el grupo de hombres.***

En primer lugar se analizaron los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las escalas de los cuestionarios ISRA, DECORE y STAI, para hombres y para mujeres.

En la tabla 25 se muestra la matriz de correlaciones, las medias y desviaciones típicas de las diferentes dimensiones evaluadas, así como la fiabilidad de cada una de las escalas, en el grupo de los hombres.

Tabla 25

*Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, ISRA y STAI Grupo hombres (n=120)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Apoyo organizacional AO		.00	.43**	.29**	.76**	.76**	.77**	.18*	.14	.14	.18	.37**	.32**
2 Demandas cognitivas DC		-	-.02	-.22*	.44**	.35**	.26**	-.08	.01	-.13	-.07	.06	-.01
3 Control C			-	.11	.74**	.31**	.66**	.23*	.13	.06	.16	.37**	.34**
4 Recompensas R				-	.11	.65**	.57**	-.09	-.12	-.07	-.10	-.00	-.02
5 IDC					-	.73**	.88**	.19*	.16	.06	.15	.43**	.35**
6 IDR						-	.91**	.02	.02	-.02	.01	.25**	.19*
7 IGR							-	.12	.07	.01	.08	.35**	.29**
8 Ansiedad Cognitiva C								-	.76**	.62**	.91**	.55**	.69**
9 Ansiedad Fisiológica F									-	.66**	.91**	.41**	.56**
10 Ansiedad Motora M										-	.85**	.31**	.50**
11 Ansiedad Total T											-	.48**	.66**
12 Ansiedad Estado AE												-	.80**
13 Ansiedad Rasgo AR													-
<i>Media</i>	46.4	58.1	46.5	41.8	50.6	48.1	47	52.2	25.3	24.1	101.6	19.3	17.8
<i>Desviación Típica</i>	17.6	14.8	16.7	18.0	16.3	16	15.9	28.9	25.3	24.4	69.9	10.4	9.2
<i>Fiabilidad (&amp; de Cronbach)</i>	.83	.72	.76	.85	.80	.77	.78	.95	.98	.96	.99	.93	.89

*Nota:* 5 IDC = Índice Demanda- Control; 6 IDR = Índice Demanda-Recompensa; 7 IGR = Índice Global del Riesgo.  
\*p<.05 \*\*p<.01

Las correlaciones entre las escalas de DECORE son, como se esperaba, moderadamente bajas, la mayor se da entre Apoyo organizacional y Control (.43).

Las correlaciones entre las escalas básicas de DECORE y los índices combinados del riesgo son, como se espera, moderadamente elevadas, las más altas se dan entre: Apoyo organizacional e Índice Global del Riesgo (.77), Índice de Demanda-Control (.76) e Índice de Demanda-Recompensa (.76), y Control e Índice de Demanda-Control (.74). Las correlaciones más bajas se producen entre la escala Recompensas y el Índice de Demanda-Control (.11), ya que las Recompensas no se incluyen en ese índice.

Las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad evaluadas con ISRA son, como se esperaba, elevadas, la mayor es la que se da entre Ansiedad Cognitiva y Fisiológica (.76). Como es lógico, las correlaciones entre estas escalas (Cognitiva, Fisiológica y Motora), y la escala total son altas (.91, .91 y .85 respectivamente).

Igualmente, las correlaciones entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI) son elevadas (.80).

A continuación se resume las correlaciones estadísticamente significativas entre los riesgos psicosociales, evaluados con el Cuestionario DECORE, y las dimensiones de ansiedad medidas con los Cuestionarios ISRA y STAI:

Apoyo organizacional: las correlaciones son estadísticamente significativas con Ansiedad Cognitiva (.18) del Cuestionario ISRA y Ansiedad Estado (.37) y Ansiedad Rasgo (.32) del Cuestionario STAI.

Demandas cognitivas: no hay ninguna correlación estadísticamente significativa con ningún tipo de ansiedad.

Control: las correlaciones son estadísticamente significativas con Ansiedad Cognitiva (.23) del Cuestionario ISRA y Ansiedad Estado (.36) y Ansiedad Rasgo (.34) del Cuestionario STAI.

Recompensas: no hay ninguna correlación estadísticamente significativa con ningún tipo de ansiedad.

Los tres índices combinados del riesgo (Índices Demanda-Control, Demanda-Recompensas e Índice Global del Riesgo) presentan correlaciones estadísticamente significativas con Ansiedad Estado (.43, .25, .35) y Ansiedad Rasgo (.35, .19, .29) del Cuestionario STAI. En el caso de la ansiedad, medida con el Cuestionario ISRA, solo es significativa la correlación entre el Índice Demandas Control y la Ansiedad Cognitiva (.19).

De acuerdo con todo lo explicado anteriormente, hay correlaciones estadísticamente significativas entre los factores psicosociales Apoyo organizacional y Control, y la ansiedad, evaluada con el Cuestionario STAI, y con la Ansiedad Cognitiva, evaluada con el Cuestionario ISRA, en el grupo de hombres. En relación a los índices combinados de riesgo, las correlaciones entre los riesgos psicosociales y la ansiedad son más elevadas, y estadísticamente significativas, cuando se evalúa la ansiedad con el cuestionario STAI que cuando se evalúa con el cuestionario ISRA.

Todas las dimensiones analizadas con los Cuestionarios DECORE, STAI e ISRA, en el grupo de hombres, presentan un alto nivel de fiabilidad, ya que los índices de consistencia interno,  $\alpha$  de Cronbach, son superiores a .70 en todos los casos.

**Matriz de correlaciones, medias, desviaciones típicas y fiabilidad de los factores evaluados con DECORE, ISRA y STAI, en el grupo de mujeres.**

A continuación se realizaron los mismos análisis para el grupo de mujeres. En la tabla 26 se muestra la matriz de correlaciones, las medias y desviaciones típicas de las diferentes dimensiones evaluadas, así como la fiabilidad de cada una de las escalas.

Tabla 26

*Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas e índices de fiabilidad de las dimensiones de los Cuestionarios DECORE, ISRA y STAI – Grupo mujeres (n=140)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Apoyo organizacional AO		-.10	.33**	.09	.66**	.62**	.61**	.16	.11	.05	.12	.32**	.26**
2 Demandas cognitivas DC			-.16	-.07	.51**	.46**	.43**	-.10	.02	.11	.01	.02	-.04
3 Control C				.08	.76**	.34**	.69**	.10	.13	.12	.13	.33**	.22**
4 Recompensas R					-.05	.59**	.49**	.05	.10	.10	.09	.17*	.13
5 IDC						-.74**	.89**	.07	.13	.13	.12	.34**	.22**
6 IDR							-.91*	.08	.14	.161	.14	.39**	.21*
7 IGR								-.10	.16	.17*	.16	.30**	.26**
8 Ansiedad Cognitiva C									-.78**	.70**	.91**	.49**	.68**
9 Ansiedad Fisiológica F										-.77**	.93**	.51**	.56**
10 Ansiedad Motora M											-.90**	.48**	.55**
11 Ansiedad Total T												-.54**	.66**
12 Ansiedad Estado AE													-.75**
13 Ansiedad Rasgo AR													
Media	46.56	60.7	53.8	50.4	55.3	54	54.4	68.6	42.6	39.2	150.4	22.7	22.9
Desviación Típica	20.83	19	19.3	19.1	18.9	17.3	17.3	34.2	31.8	29.9	87.6	11.6	10.4
Fiabilidad (& de Cronbach)	.84	.81	.80	.84	.82	.78	.82	.95	.98	.95	.99	.94	.90

*Nota:* 5 IDC = Índice de Demanda-Control; 6 IDR = Índice de Demanda-Recompensa; 7 IGR = Índice Global del Riesgo

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

Para el grupo de mujeres, las correlaciones entre las escalas de DECORE son bajas, la más alta se produce entre Apoyo organizacional y Control (.33).

Las correlaciones entre las escalas básicas del DECORE y los índices combinados del riesgo son moderadamente elevadas, las más altas se dan entre: Control e Índice Demanda-Control (.76), Control e Índice Global de Riesgo (.69) y Apoyo organizacional e Índice Demanda-Control (.66). Las puntuaciones más bajas se producen entre la escala Recompensas y el Índice Demanda-Control (.05), ya que las Recompensas no se incluyen en ese índice.

Las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad evaluadas con el cuestionario ISRA son, como se espera elevadas, la mayor se da entre Ansiedad Cognitiva y Fisiológica (.78).

Las correlaciones entre estas escalas Cognitiva, Fisiológica y Motora, y la escala Total son altas (.91, .93 y .90 respectivamente). Igualmente, las correlaciones entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI) son elevadas (.75).

A continuación se resumen las correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los riesgos psicosociales evaluadas con el Cuestionario DECORE y las dimensiones de ansiedad medidas con los Cuestionarios ISRA y STAI:

Apoyo organizacional: las correlaciones son estadísticamente significativas, aunque no muy elevadas, con Ansiedad Estado (.32) y Ansiedad Rasgo (.26) del Cuestionario STAI.

Demandas cognitivas: no hay ninguna correlación estadísticamente significativa con ninguna escala de ansiedad.

Control: las correlaciones son estadísticamente significativas con Ansiedad Estado (.32) y Ansiedad Rasgo (.22) del Cuestionario STAI.

Recompensas: la correlación es estadísticamente significativa solo con Ansiedad Estado (.17) del Cuestionario STAI, aunque es muy baja.

Los tres índices combinados del riesgo, Índices de Demanda-Control, Demanda-Recompensas e Índice Global del Riesgo, presentan correlación estadísticamente

significativas con Ansiedad Estado (.34, .39, .30) y Ansiedad Rasgo (.22, .21, .26) del Cuestionario STAI.

Solo el Índice Global del Riesgo presenta correlación estadísticamente significativa con Ansiedad Motora (.17) del Cuestionario ISRA.

De todo lo comentado anteriormente se destaca que: en el grupo de mujeres, hay correlaciones estadísticamente significativas entre los riesgos psicosociales y la variable ansiedad, evaluada con el Cuestionario STAI, pero no con la variable ansiedad evaluada a través del Cuestionario ISRA, excepto en un caso, la correlación entre Ansiedad Motora e Índice Global del Riesgo .17. Las correlaciones entre los riesgos psicosociales y la ansiedad son más elevadas cuando se evalúa la ansiedad con el Cuestionario STAI que cuando se evalúa con el Cuestionario ISRA.

Además, todas las dimensiones analizadas con los Cuestionarios DECORE, STAI e ISRA, en el grupo de mujeres, tienen un alto nivel de fiabilidad, ya que los índices de consistencia interno,  $\alpha$  de Cronbach, son superiores a .70 en todos los casos.

## ANOVAS

Para corroborar las hipótesis del estudio dos, se realizaron diversos ANOVAS del factor **sexo**, tomando como variables dependientes: las dimensiones de los Cuestionarios **DECORE**, **ISRA**, **STAI**, y las variables “**estado de satisfacción**”, “**percepción de estrés**” y “**motivación**”.

Debido al elevado número de hipótesis del estudio dos, se incluyen de nuevo las hipótesis para vincularlas con cada uno de los análisis estadísticos realizados.

**Hipótesis 2: La percepción de riesgos psicosociales es mayor en mujeres trabajadoras que en hombres trabajadores, siendo las diferencias estadísticamente significativas.**

***ANOVA del factor sexo para los 4 factores del Cuestionario DECORE e Índices combinados del riesgo.***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada factor del Cuestionario DECORE y en sus índices

combinados del riesgo (hipótesis 2), se realizó un análisis de varianza entre los riesgos psicosociales y la variable sexo. También se analizó el tamaño del efecto, utilizando para ello el estadístico *d* de Cohen.

Tabla 27

*Análisis de varianza del factor sexo para las escalas e índices de riesgo de DECORE*

Descriptivos <sup>a</sup> DECORE	Hombre (n =120)		Mujer (n = 140)		Total (N=260)			
Dimensiones e Índices	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F (1,258)	<i>d</i>
AO	46.40	(17.58)	46.56	(20.83)	46.49	(19.36)	.005	.01
DC	58.11	(14.81)	60.74	(18.98)	59.53	(17.20)	1.519	.15
C	46.51	(16.75)	53.81	(19.31)	50.44	(18.50)	10.443 **	.40
R	41.83	(18.01)	50.41	(19.12)	46.45	(19.07)	13.729 **	.46
IDC	50.58	(16.26)	55.27	(18.93)	53.11	(17.87)	4.508 *	.29
IDR	48.08	(15.92)	54.01	(17.34)	51.28	(16.93)	8.147 **	.35
IGR	46.96	(15.80)	54.43	(17.73)	50.98	(17.24)	12.674 **	.44

*Nota:* <sup>a</sup> AO = Apoyo organizacional; DC = Demandas cognitivas; C = Control; R = Recompensas; IDC = Índice de Demanda-Control; IDR = Índice de Demanda-Recompensas; IGR = Índice Global Riesgo

\**p*<.05 \*\**p*<.01

De los resultados procedentes de los análisis, tabla 27, se puede concluir que las diferencias entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas en las escalas **Control y Recompensas**, y en todos los **Índices combinados del riesgo**. Las mujeres obtienen, en todos los casos, puntuaciones más altas que los hombres, por tanto su percepción del riesgo es mayor.

La *d* de Cohen es superior a .20 para todas las diferencias de medias que son estadísticamente significativas (Cohen, 1992).



***Análisis discriminante: variable dependiente sexo e independientes factores del Cuestionario DECORE.***

Con el objetivo de estudiar el peso o importancia que tiene la percepción de cada uno de los riesgos psicosociales como determinante en la condición de ser hombre o mujer, se realizó un análisis discriminante. La variable dependiente fue sexo (hombre=0, mujer=1) y las variables independientes las puntuaciones básicas del Cuestionario DECORE (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional). Se siguió el método de inclusión por pasos, ponderando por el tamaño de los grupos, ya que el objetivo era estudiar el peso o importancia que tiene cada uno de los riesgos psicosociales como determinante en la condición de ser hombre o mujer. Por tanto, se estudia hasta que punto cada una de las cuatro dimensiones de DECORE sirve para diferenciar entre los trabajadores que son hombres o mujeres en relación a los riesgos psicosociales.

En la tabla 28 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los riesgos psicosociales para cada grupo y la muestra total.

Tabla 28

*Media y desviación típica en los riesgos psicosociales para cada grupo y la muestra total.*

Variables	Hombre (n= 120)		Mujer (n = 140)		Total (N= 260)	
	M	DT	M	DT	M	DT
Apoyo organizacional	46.40	17.58	46.56	20.83	46.49	19.36
Demandas cognitivas	58.11	14.81	60.74	18.98	59.53	17.20
Recompensas	41.83	18.01	50.41	19.12	46.45	19.07
Control	46.51	16.75	53.81	19.31	50.44	18.50

Se cumple el supuesto de igualdad de matrices varianzas-covarianzas (M de Box = 3.162,  $p > .301$ ) por lo que es adecuado realizar un análisis discriminante para estos datos.

La función discriminante explica el 100% de las diferencias existentes entre los sujetos de los grupos (Pardo & Ruiz, 2002).

La tabla de variables introducidas/eliminadas muestra un resumen de todos los pasos llevados a cabo en la construcción de la función discriminante. En el primer

paso se ha incluido la variable **Recompensas** y en el segundo paso se introduce **Control**, por lo que al final están incluidas dos de las cuatro dimensiones de DECORE (tabla 29).

Por tanto, los resultados muestran que dos dimensiones de DECORE sirven para establecer diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (tabla 29).

Tabla 29

*Resultados del análisis discriminante: variables incluidas en el análisis.*

Variables en el análisis	Tolerancia	F para Eliminar/introducir	Lambda de Wilks
Recompensas	.992	11.264	.961
Control	.992	8.020	.949

En la estrategia de inclusión por pasos siempre se comienza seleccionando la mejor variable independiente desde el punto de vista de la clasificación, es decir, la variable independiente en la que más se diferencian los grupos (Pardo & Ruiz, 2002).

Los coeficientes tipificados son una versión estandarizada de los coeficientes de la función canónica discriminante. Atendiendo al valor de los coeficientes tipificados puede concluirse que el factor Recompensas es el que mayor importancia tiene a la hora de predecir el grupo de pertenencia de los sujetos (hombre o mujer), seguida de la variable Control.

Para interpretar los signos de las ponderaciones conviene inspeccionar antes la ubicación de los centroides en cada grupo (tablas 30 y 31).

Tabla 30

*Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica*

Factor	Función
Recompensas	.73
Control	.62

Tabla 31

*Funciones en los centroides de los grupos.*

Sexo	Función
Hombre	-.316
Mujer	.271

Puede observarse que los sujetos que son hombres tienden a obtener puntuaciones negativas en la función discriminante, mientras que los sujetos que son mujeres tienden a obtener puntuaciones positivas. Sabiendo esto, la función discriminante indica que una puntuación por encima de la media en Recompensas (baja percepción de recompensas en el trabajo) hace más probable que el sujeto obtenga una puntuación positiva y, con ello, que se ajuste al patrón de los sujetos que son mujeres. Por el contrario, una puntuación por debajo de la media en Recompensas (elevada percepción de recompensas en el trabajo) hace más probable que el sujeto obtenga una puntuación negativa, y con ello, que se ajuste al patrón de los sujetos hombres.

La función discriminante explica el 100% de las diferencias existentes entre los sujetos de los grupos, por lo que la variable sexo influye en la percepción que tienen los trabajadores de la exposición al riesgo psicosocial.

Los sujetos hombres son clasificados correctamente en un 48.3% y los que son mujeres en un 69.3%. El grado de acierto, o de equivalencia, es del 59.6%.

**Hipótesis 3: las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad que los hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.**

#### ***ANOVA del factor sexo para las escalas de ansiedad del Cuestionario ISRA***

Para comprobar si existen diferencias, estadísticamente significativas, entre hombres y mujeres en cada una de las escalas de Ansiedad del Cuestionario ISRA (a excepción de las situaciones de Ansiedad Cotidiana, Fóbica e Interpersonal), se realizó un análisis de varianza de un factor entre las escalas de ansiedad y la variable sexo. También se analizó el estadístico *d* de Cohen.

Tabla 32

*Análisis de varianza del factor sexo para las escalas de Ansiedad del Cuestionario ISRA*

Descriptivos ISRA	Hombre (n =120)		Mujer (n = 140)		Total (N=260)			
Ansiedad	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F(1,258)	<i>d</i>
Cognitiva C	52.23	(28.92)	68.60	(34.17)	61.04	(32.83)	17.076	** .60
Fisiológica F	25.34	(25.32)	42.59	(31.84)	34.63	(30.22)	22.852	** .59
Motora M	24.08	(24.41)	39.16	(29.85)	39.16	(28.44)	19.466	** .60
Total T	101.64	(69.92)	150.35	(87.60)	127.87	(83.41)	23.998	** .61
Evaluación FI	37.78	(22.60)	57.09	(29.25)	48.18	(28.05)	34.605	** .73

Nota: \*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

En los resultados, ver tabla 32, se puede comprobar que en todas las escalas principales de ansiedad del Cuestionario ISRA, existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, las mujeres puntúan más alto que los hombres, y por tanto tienen más ansiedad.

La *d* de Cohen es superior a .20 para todas las diferencias de media que son estadísticamente significativas (Cohen, 1992).

### ***ANOVA del factor sexo para las escalas de ansiedad del Cuestionario STAI***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada una de las escalas de Ansiedad del Cuestionario STAI se realizó un análisis de varianza entre las escalas de ansiedad evaluadas con STAI y la variable sexo. También se analizó el tamaño del efecto con el estadístico *d* de Cohen.

Tabla 33

*Análisis de varianza del factor sexo para las escalas de Ansiedad del Cuestionario STAI*

Descriptivos STAI	Hombre (n =120)		Mujer (n = 140)		Total (N=260)			
Ansiedad	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F (1,258)	<i>d</i>
Estado AE	19.33	(10.44)	22.71	(11.60)	21.15	(11.18)	6.022	** .55
Rasgo AR	17.97	(9.15)	22.88	(10.36)	20.61	(10.11)	16.160	** .50

Nota: \*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

En los resultados, ver tabla 33, se observa que en las variables Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, evaluadas con el Cuestionario STAI, existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres: las mujeres puntúan más alto que los hombres.

La  $d$  de Cohen es superior a .20 para todas las diferencias de medias que son estadísticamente significativas (Cohen, 1992).

***Análisis discriminante: variable dependiente sexo e independientes puntuaciones del STAI***

Para estudiar el peso o importancia que tiene la variable ansiedad como determinante en la condición de ser hombre o mujer se realizó un análisis discriminante. La variable dependiente fue sexo (hombre=0, mujer=1) y las variables independientes, los dos factores del Cuestionario STAI (Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado). Se siguió el método de inclusión por pasos, ponderando por el tamaño de los grupos, ya que el objetivo era estudiar el peso o importancia que tiene cada uno de los tipos de Ansiedad (Estado-Rasgo) como determinante en la condición de ser hombre o mujer. Por tanto, se estudia hasta que punto cada una de las dos dimensiones de STAI sirve para diferenciar entre los trabajadores que son hombres o mujeres.

En la tabla 34 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los factores Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo para cada grupo y para la muestra total.

Tabla 34

*Media y desviación típica en Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado para cada grupo y la muestra total.*

Variables	Hombre ( $n = 120$ )		Mujer ( $n = 140$ )		Total ( $N = 260$ )	
	$M$	$DT$	$M$	$DT$	$M$	$DT$
Ansiedad Estado	19.33	10.44	22.71	11.60	21.15	11.18
Ansiedad Rasgo	17.97	9.15	22.88	10.36	20.61	10.11

Se cumple el supuesto de igualdad de matrices varianzas-covarianzas ( $M$  de Box =1.981,  $p>.50$ ) por lo que es adecuado realizar un análisis discriminante para estos datos.

La función discriminante explica el 100% de las diferencias existentes entre los sujetos de los grupos (Pardo & Ruiz, 2002).

La tabla de variables introducidas/eliminadas muestra un primer y único paso en el que se ha incluido la variable **Ansiedad Rasgo**. Como se elimina la variable Ansiedad Estado, solo se incluye una de las dos dimensiones del STAI (tabla 35). Por tanto, una dimensión del STAI sirve para establecer diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (tabla 35).

Tabla 35

*Resultados del análisis discriminante: variables incluidas en el análisis.*

Variables en el análisis	Tolerancia	F para Eliminar/introducir
Ansiedad Rasgo	1	16.16

En la estrategia de inclusión por pasos siempre se comienza seleccionando la mejor variable independiente desde el punto de vista de la clasificación, es decir, la variable independiente en la que más se diferencian los grupos, en este caso, sólo en Ansiedad Rasgo (Pardo & Ruiz, 2002).

Atendiendo al valor de los coeficientes tipificados, se puede concluir que el factor Ansiedad Rasgo tiene importancia a la hora de predecir el grupo de pertenencia de los sujetos (hombre o mujer). Para interpretar los signos de las ponderaciones se debe inspeccionar la ubicación de los centroides en cada grupo (tablas 36 y 37).

Tabla 36

*Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica*

Factor	Función
Ansiedad Rasgo	1.

Tabla 37

*Funciones en los centroides de los grupos.*

Sexo	Función
Hombre	-.269
Mujer	.231

Puede observarse que los sujetos que son hombres tienden a obtener puntuaciones negativas en la función discriminante, mientras que los sujetos que son mujeres tienden a obtener puntuaciones positivas. Sabiendo esto, la función discriminante indica que una puntuación por encima de la media en Ansiedad Rasgo (alto grado de ansiedad) hace más probable que el sujeto obtenga una puntuación positiva y, con ello, que se ajuste al patrón de los sujetos que son mujeres. Por el contrario, una puntuación por debajo de la media en Ansiedad Rasgo (bajo grado de ansiedad) hace más probable que el sujeto obtenga una puntuación negativa, y con ello, que se ajuste al patrón de los sujetos hombres.

La función discriminante explica el 100% de las diferencias existentes entre los sujetos de los grupos, por lo que una parte importante de la variable sexo está relacionada con el Rasgo de Ansiedad.

En relación a los resultados de la clasificación, los sujetos que son hombres son clasificados correctamente en un 50% y los que son mujeres en un 66.4%. El grado de acierto, o de equivalencia, es del 58.8%.

**Hipótesis 4: Las mujeres trabajadoras están menos satisfechas, más estresadas y menos motivadas en el trabajo que los hombres trabajadores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.**

***ANOVA del factor sexo para las variables “satisfacción”, “percepción de estrés” y “motivación”***

Para comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres en las variables satisfacción, percepción de estrés y motivación se realizó un análisis de varianza entre estas variables y la variable sexo. También se analizó el tamaño del efecto utilizando el estadístico *d* de Cohen.

Tabla 38

*Análisis de varianza del factor sexo para Satisfacción, Percepción de estrés y Motivación*

Descriptivos Trabajo	Hombre (n =120)		Mujer (n = 140)		Total (N=260)			
Percepción	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F(1,258)	d
Satisfacción	3.62	(0.95)	3.42	(1.05)	3.51	(1.01)	2.421	.19
Estrés	2.93	(1.07)	3.23	(1.16)	3.09	(1.13)	4.727 *	.27
Motivación	3.24	(1.10)	2.98	(1.20)	3.10	(1.15)	3.385	.23

Nota: \*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

En la tabla 38 se puede observar que la satisfacción y la motivación con el trabajo son mayores en los hombres que en las mujeres, aunque estas diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas. En cuanto a la percepción de **estrés** en el trabajo, las diferencias sí son estadísticamente significativas, siendo las mujeres las que puntúan más alto en percepción de estrés.

La *d* de Cohen es superior a .20 para todas las diferencias de medias que son estadísticamente significativas (Cohen, 1992).

**Hipótesis 5: las dolencias estudiadas, el consumo de medicamentos y de tabaco, son mayores en las mujeres trabajadoras que en los hombres trabajadores, sin embargo, la práctica de deporte es mayor en los hombres trabajadores que en las mujeres trabajadoras**

***Tabla de contingencias y Chi-cuadrado de las variables sexo y medidas relacionadas con la salud.***

Se realizaron tablas de contingencia, prueba Chi-cuadrado, entre la variable sexo y las variables relacionadas con la salud: “dolencias” “toma de medicamentos” “ha fumado alguna vez”, “fuma en la actualidad” y “práctica de deporte” (tablas 39, 40, 41 y 42). El objetivo es comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en algunas de estas variables.



**Tabla de contingencias y Chi-cuadrado de las variables sexo y dolencias**

Tabla 39

Tabla de contingencias y Chi-cuadrado de dolencias últimos doce meses

Dolencias					
Tipo Dolencia Y grupo	NO	SI	Chi- cuadrado	Gl	Sig.
EN GENERAL					
Hombre	16.67% ( 20)	83.33% (100)	3.177	1	.075
Mujer	9.28% ( 13)	90.72% (127)			
Total	12.69% (33)	87.31% (227)			
DOLOR DE CABEZA					
Hombre	55.83%( 67)	44.17% ( 53)	7.104	1	.008 **
Mujer	39.28%( 55)	60.72% ( 85)			
Total	46.92%(122)	53.08%(138)			
CARDIOVASCULAR					
Hombre	95% (114)	5% ( 6)	.802	1	.370
Mujer	97.14% (136)	2.86%( 4)			
Total	96.2% (250)	3.8% ( 10)			
MUSCULOESQUELÉTICO					
Hombre	72.5% ( 87)	27.5% (33)	6,060	1	.014*
Mujer	57.86% ( 81)	42.14%(59)			
Total	64.62%(168)	35.38% ( 92)			
GÁSTRICO					
Hombre	74.2 % ( 89)	25.8% (31)	1.243	1	.265
Mujer	67.9% ( 95)	32.1% (45)			
Total	70.8% (184)	29.2% (76)			
ALERGIAS					
Hombre	81.67%( 98)	18.33%(22)	.038	1	.845
Mujer	80.71%(113)	19.29%(27)			
Total	81.15%(211)	18.85%(49)			
ESTRÉS, ANSIEDAD O DEPRESIÓN					
Hombre	68.33%( 82)	31.67%(38)	3.032	1	.082
Mujer	57.86%( 81)	42.14%(59)			
Total	62.69%(163)	37.31%(97)			

Nota: Hombre n=120; Mujer n= 140 y Total N = 260.

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01.

El número de mujeres que tienen dolencias (90.72%) es mayor que el de hombres (83.33%). La dolencia con mayor porcentaje de casos es el dolor de cabeza (53.08%). Las mujeres (60.72%) tienen más dolor de cabeza en relación a los hombres (44.17%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Estas diferencias también resultaron estadísticamente significativas en el caso de los trastornos músculo-esqueléticos, siendo las mujeres (42.14%) las que tienen más dolor que los hombres (27.5%).

***Tabla de contingencias y Chi-cuadrado de las variables sexo y “consumo de medicamentos”.***

Tabla 40

*Tabla de contingencias y Chi-cuadrado consumo de medicamentos últimos 2 meses*

	Ha consumido medicamentos		Chi-cuadrado	Gl	Sig.
	NO	SI			
Hombre	51.67%(62)	48.33%(58)	4.484	1	.034 *
Mujer	38.57%(54)	61.43%(86)			
Total	44.62%(116)	55.38%(144)			

*Nota:* Hombre n=120; Mujer n= 140 y Total N = 260

\*p<.05 \*\*p<.01

En relación al consumo de medicamentos, las mujeres consumen más medicamentos (61.43%) que los hombres (48.33%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (tabla 40).

### **Tabla de contingencias y Chi-cuadrado de las variables sexo y “consumo de tabaco”**

Tabla 41

*Tabla de contingencias y Chi-cuadrado consumo de tabaco*

	Tabaco		Chi-cuadrado	Gl	Sig
	NO	SI			
HA FUMADO					
Hombre	48.33% (58)	51.67% ( 62)	2.511	1	.113
Mujer	38.57% (54)	61.43% ( 86)			
Total	43.07% (112)	56.93% (148)			
FUMA AHORA					
Hombre	74.17% (89)	25.83% (31)	.012	1	.913
Mujer	73.57% (103)	26.43% (37)			
Total	73.85% (192)	26.15% (68)			

*Nota:* Hombre n=120; Mujer n= 140 y Total N = 260

\*p<.05 \*\*p<.01

En cuanto al consumo de tabaco (tabla 41), hay un porcentaje mayor de sujetos que han fumado alguna vez (56.9%) frente a los que no han fumado nunca (43.1%). En la actualidad, fuman un porcentaje menor de sujetos (el 26.2% frente al 73.8%). Las mujeres (61.4%) han fumado más que los hombres (51.7%), y en la actualidad también fuman más (26.4%) que los hombres (25.8%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

### **Tabla de contingencias y Chi-Cuadrado de las variables sexo y “práctica de deporte”**

Tabla 42

*Tabla de contingencias y Chi-cuadrado practica de deporte*

Practica de deporte					
			Chi-cuadrado	Gl	Sig.
	NO	SI			
Hombre	35% (42)	65% (78)	3.485	1	.062
Mujer	46.43% (65)	53.57% (75)			
Total	41.15% (107)	58.85% (153)			

*Nota:* Hombre n=120; Mujer n= 140 y Total N = 260

\*p<.05 \*\*p<.01

Si nos centramos en la práctica de deporte (tabla 42), hay un porcentaje mayor de sujetos que practican deporte (58.85%) frente a los que no (41.15%). Los hombres (65%) practican más deporte que las mujeres (53.6%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

### 6.3. Estudio tres - conciliación de la vida laboral y familiar

#### 6.3.1. Objetivo

Investigar la conciliación de la vida familiar y laboral, estudiando las horas dedicadas al trabajo remunerado y a las tareas del hogar, en función de variables como el sexo, el estado civil y tener o no hijos.

Comprobar si las horas dedicadas a las tareas del hogar y las horas dedicadas al trabajo remunerado pueden influir en la percepción de los riesgos psicosociales.

Las hipótesis de este estudio son las hipótesis 6, 7 y 8.

#### 6.3.2. Análisis realizados

ANOVAS

Ecuaciones de Regresión

A continuación se realizan diversos ANOVAS del factor *sexo* en las variables dependientes “*nº de horas dedicadas a las tareas hogar a la semana*” y “*nº de horas dedicadas al trabajo remunerado a la semana*” en distintas muestras de trabajadores.

**Hipótesis 6: Las mujeres solteras y sin hijos, dedican más horas que los hombres solteros y sin hijos al trabajo remunerado y a las tareas del hogar, sin embargo, las mujeres casadas con hijos, dedican menos tiempo al trabajo remunerado y más horas a las tareas del hogar que los hombres casados con hijos.**

***ANOVA del factor sexo en las variables dependientes “nº de horas dedicadas a las tareas hogar” y “nº de horas dedicadas al trabajo remunerado” en el grupo total de trabajadores***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en el número de horas dedicadas a las *tareas del hogar* y al

*trabajo remunerado*, se realizó un análisis de varianza entre las horas dedicadas a tareas del hogar y al trabajo remunerado, y la variable sexo.

Tabla 43

*Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en el **total de trabajadores** (N=260)*

Descriptivos	Hombre (n =120)		Mujer (n = 140)		Total (N=260)			
Horas dedicadas	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F (1,258)	d
Tareas del Hogar	7.46	(4.71)	11.82	(8.76)	9.81	(7.49)	23.85 **	.61
Trabajo remunerado	41.06	(8.21)	40.46	(8.62)	40.74	(8.42)	.328	.07
Suma de las medias	48.52		52.28		50.55			

*Nota: \*p<.05 \*\*p<.01*

De acuerdo con la tabla 43, existen diferencias estadísticamente significativas en las horas dedicadas al hogar, las mujeres dedican más horas que los hombres a las tareas del hogar. No existen diferencias estadísticamente significativas en las horas dedicadas al trabajo, aunque los hombres, por término medio, realizan más horas de trabajo remunerado que las mujeres. Sin embargo, si se suman las puntuaciones medias de las horas dedicadas al hogar y al trabajo remunerado, las mujeres trabajan, de media, más horas que los hombres.

***ANOVA del factor sexo en las variables dependientes “nº de horas dedicadas a las tareas hogar” y “nº de horas dedicadas al trabajo remunerado” en el grupo de trabajadores solteros sin hijos.***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, trabajadores solteros sin hijos, en el número de horas dedicadas a las *tareas del hogar y al trabajo remunerado*, tabla 44, se realizó un análisis de varianza entre las variables “número de horas dedicadas a tareas del hogar” y “número de horas dedicadas al trabajo remunerado”, y la variable sexo.

Tabla 44

*Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en **trabajadores solteros sin hijos** (N=121)*

Descriptivos	Hombre (n =58)		Mujer (n = 63)		Total (N=121)			
Horas dedicadas	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F (1,258)	d
Tareas del Hogar	7.17	(4.50)	8.86	(7.59)	8.05	(6.33)	2.16	.26
Trabajo remunerado	39.32	(7.48)	41.10	(8.90)	40.26	(8.27)	1.382	.21
Suma de las medias	46.49		49.96		48.31			

Nota: \*p<.05 \*\*p<.01

No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, ni en el número de horas dedicadas al hogar ni en el número de horas dedicadas al trabajo remunerado, aunque las mujeres obtienen en ambos casos puntuaciones más altas que los hombres. Las mujeres solteras realizan más horas de trabajo remunerado, en relación con los hombres solteros.

***ANOVA del factor sexo en las variables dependientes “nº de horas dedicadas a las tareas hogar” y “nº de horas dedicadas al trabajo remunerado”, en el grupo de trabajadores casados con hijos.***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres casados con hijos, en el número de horas dedicadas a las *tareas del hogar y al trabajo remunerado*, se realizó un análisis de varianza entre las variables “nº de horas dedicadas a las tareas del hogar” y “nº de horas dedicadas al trabajo remunerado”, y la variable sexo (tabla 45).

Tabla 45

*Análisis de varianza del factor sexo para las horas dedicadas a tareas de hogar y al trabajo remunerado en **trabajadores casados con hijos** (N=100)*

Descriptivos	Hombre (n =48)		Mujer (n = 52)		Total (N=100)			
Horas dedicadas	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	F (1,258)	d
Tareas del hogar	7.6	(5.24)	16.77	(9.47)	12.37	(8.96)	35.06 **	1.18
Trabajo remunerado	43.4	(9.46)	38.62	(6.83)	40.91	(8.5)	8.47 **	.58
Suma de las medias	51.00		55.39		53.29			

Nota: \*p<.05 \*\*p<.01

De los análisis efectuados, podemos concluir que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en el número de horas dedicadas al hogar y al trabajo remunerado, en los trabajadores casados con hijos. En este sentido, las mujeres dedican más horas a las tareas del hogar que los hombres, mientras que los hombres dedican más tiempo al trabajo remunerado, sin embargo, si sumamos las puntuaciones medias de las horas dedicadas a las tareas del hogar y al trabajo remunerado, en total, las mujeres casadas con hijos trabajan, de media, más horas que los hombres casados con hijos.

**Hipótesis 7: Los trabajadores que dedican más horas a las tareas del hogar perciben menores recompensas por su trabajo.**

***ANOVA del factor “número de horas dedicadas a las tareas del hogar” en las dimensiones básicas del DECORE, para el grupo total.***

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable “número de horas dedicadas al hogar” (expresada en 4 tramos) y las dimensiones del Cuestionario DECORE, se realizó un análisis de varianza (ver tabla 46).

Tabla 46

*Análisis de varianza del factor número de horas dedicadas a tareas de hogar para las dimensiones básicas del Cuestionario DECORE en el grupo total (N=260)*

Factores	Nº horas hogar	N	M	DT	F (3 - 256)	Compar d	d
Apoyo organizacional	(1) 21 o más	23	<b>51.61</b>	19.92	1.065	(1-2)	.35
	(2) 14 a 20	51	45.06	18.07		(1-3)	.20
	(3) 5 a 13	106	47.64	19.55		(1-4)	.36
	(4) 4 o menos	80	44.40	19.72		(2-3)	.13
	Total	260	46.49	19.36		(2-4)	.03
						(3-4)	.16
Demandas cognitivas	(1) 21 o más	23	58.61	17.53	1.371	(1-2)	.00
	(2) 14 a 20	51	58.78	18.78		(1-3)	.20
	(3) 5 a 13	106	<b>62.00</b>	16.96		(1-4)	.10
	(4) 4 o menos	80	56.99	16.22		(2-3)	.18
	Total	260	59.53	17.20		(2-4)	.10
						(3-4)	.30
Control	(1) 21 o más	23	<b>53.17</b>	18.44	.665	(1-2)	.01
	(2) 14 a 20	51	52.94	20.07		(1-3)	.21
	(3) 5 a 13	106	49.36	18.08		(1-4)	.20
	(4) 4 o menos	80	49.50	18.15		(2-3)	.19
	Total	260	50.44	18.50		(2-4)	.18
						(3-4)	.01
Recompensas	(1) 21 o más	23	<b>51.09</b>	16.07	2.887*	(1-2)	.07
	(2) 14 a 20	51	49.76	17.47		(1-3)	.19
	(3) 5 a 13	106	47.54	19.04		(1-4)	.49
	(4) 4 o menos	80	41.58	20.15		(2-3)	.12
	Total	260	46.45	19.07		(2-4)	.43
						(3-4)	.31

Nota: \*p<.05 \*\*p<.01

Solo existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Recompensas*, siendo los que dedican más horas a las tareas del hogar los que perciben peores recompensas. Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Apoyo organizacional y Control, los trabajadores que dedican más horas a las tareas del hogar perciben peor apoyo organizacional, y menos control sobre su trabajo. En Demandas cognitivas, no son los que dedican más horas al hogar los que perciben mayores demandas cognitivas. Cuando se realiza la prueba de Scheffé para ver entre qué grupos existen diferencias, ninguna resulta ser estadísticamente significativa.



***Ecuación de Regresión por pasos sucesivos; variable independiente dimensiones básicas del DECORE y variable dependiente “nº de horas dedicadas a las tareas del hogar”.***

Con el objetivo de evaluar: si conociendo la percepción que tienen los trabajadores sobre los riesgos psicosociales, se puede predecir las horas que dedican a las tareas del hogar, se realiza una ecuación de regresión por pasos sucesivos.

La variable dependiente (a pronosticar) es “nº de horas dedicadas a las tareas del hogar”, siendo los predictores las dimensiones del Cuestionario DECORE (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional). Para ello se realiza una ecuación de regresión (regresión *stepwise*) utilizando el método de selección de variables *pasos sucesivos*. La tabla 36 muestra el resumen de las distintas ecuaciones de regresión obtenidas.

La mejor ecuación para pronosticar el “nº de horas dedicadas a las tareas del hogar” es aquella que utiliza la variable *Recompensas*, como predictor, no incluyendo, por tanto, los otros factores (Apoyo organizacional, Demandas cognitivas y Control) dentro de la ecuación (ver tablas 47 y 48).

Tabla 47

*Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente nº de horas tareas del hogar (N= 260)*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Corregida	ET	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl 1	gl 2	Sig.F
1	.147 <sup>a</sup>	.022	.018	7.429	.022	5.685	1	258	.018

*Nota:* ET = error típico; <sup>a</sup> Variable predictora = R (Recompensas)

Tabla 48  
Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable nº horas tareas del hogar (N=260)

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	Beta	Error típ.	Beta	Beta			Límite inferior	Límite superior
Constante	7.125	1.215			5.863	.000	4.732	9.518
RECOMPENSAS R	.058	.024	.147		2.384	.018	.010	.105

Ecuación de regresión:

$$\text{Nº de horas tareas hogar} = 7.125 + 0.058 (R) \text{ Recompensas}$$

El coeficiente de determinación no es muy alto en la ecuación ( $R^2 = .022$ ) para nº de horas dedicadas a las tareas del hogar (ver tabla 47).

**Hipótesis 8: La variable Demandas cognitivas en el trabajo es capaz de predecir el número de horas dedicadas al trabajo remunerado**

***Ecuación de Regresión por pasos sucesivos; variable independiente: dimensiones básicas del DECORE y variable dependiente “nº de horas de trabajo remunerado”.***

Con el objetivo de pronosticar el “nº de horas de trabajo remunerado” siendo los predictores las dimensiones del Cuestionario DECORE, se calcula una ecuación de regresión por pasos (regresión *stepwise*) utilizando el método de selección de variables *pasos sucesivos*.

La tabla 49 representa los resúmenes de las distintas ecuaciones de regresión que se obtienen al analizar los factores psicosociales (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional) como variables independientes, y la variable “nº de horas en el trabajo” como variables dependiente.

A la hora de predecir el “nº de horas dedicadas al trabajo remunerado”, la mejor ecuación es la que utiliza el factor *Demandas cognitivas*, no incluyendo por tanto los factores: Apoyo organizacional, Control y Recompensas (ver tablas 49 y 50).

Tabla 49  
Resumen de ecuaciones de regresión para la variable dependiente nº de horas trabajo remunerado (N=260)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> corregida	ET	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl 1	gl 2	Sig.F
1	.165 <sup>a</sup>	.027	.023	8.321	.027	7.205	1	257	.008

Nota: ET = error típico; <sup>a</sup> Variable predictora = Demandas cognitivas

Tabla 50  
Ecuación final del análisis de regresión lineal para la variable nº de horas de trabajo remunerado (N=260).

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	Beta	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
Constante	35.923	1.867		19.243	.000	32.246	39.599
DEMANDAS COGNITIVAS (DC)	.081	.030	.165	2.684	.008	.022	.140

Ecuación de regresión:

$$\text{Nº horas trabajo remunerado} = 35.923 + .081 (\text{DC})$$

El coeficiente de determinación no es muy alto en la ecuación ( $R^2 = .027$ ) para número de horas trabajo remunerado (ver tabla 49).

## 7. CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS

### Conclusiones de cada uno de los estudios

A continuación se muestran las conclusiones para cada uno de los estudios de acuerdo a las hipótesis realizadas:

#### 7.1. ESTUDIO 1 - Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés

***Hipótesis 1. Los riesgos psicosociales evaluados con DECORE predicen ansiedad en los trabajadores.***

La hipótesis 1 se cumple en parte, ya que no todos los riesgos psicosociales predicen estrés y ansiedad. De acuerdo con los análisis efectuados, es el factor *Control* el que predice *Ansiedad total* (ISRA); y los factores *Apoyo organizacional* y *Control* los que predicen *Ansiedad Estado* (STAI).

Es decir, la falta de control sobre el trabajo predice ansiedad global en los trabajadores; y es la falta de apoyo organizacional y de control sobre el trabajo lo que predice el estado de ansiedad.

Por tanto se puede concluir, que efectivamente existe una relación entre los riesgos psicosociales y la ansiedad, siendo las dimensiones *Control* y *Apoyo organizacional* las que predicen mejor la ansiedad. En este sentido, es más probable que tengan un estado de ansiedad elevado aquellos trabajadores que además de percibir poco control en el trabajo, también perciban poco apoyo social de sus jefes y compañeros (puntuación alta en la dimensión *Apoyo organizacional*).

#### 7.2. ESTUDIO 2 - Diferencias en la percepción de factores psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan.

***Hipótesis 2. La percepción de riesgos psicosociales es mayor en mujeres que en hombres trabajadores, siendo las diferencias estadísticamente significativas.***

Esta hipótesis se cumple para las escalas *Recompensas* y *Control* y en los *Índices combinados del Riesgo* (*Demanda- Control*, *Demanda-Recompensas* e *Índice*

*Global del Riesgo*), es decir las mujeres perciben menos recompensas y menos control.

En las escalas Demandas cognitivas y Apoyo organizacional las puntuaciones de las mujeres son mayores que las de los hombres, por lo tanto también perciben más demandas y menos apoyo organizacional, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Estos resultados se demuestran, tanto en el *análisis de varianza* como en el *análisis discriminante*. En relación al *análisis de varianza* las diferencias son estadísticamente significativas para los factores *Control y Recompensas*; siendo las puntuaciones mayores para las *mujeres*. Por tanto son las mujeres las que perciben que tienen menos control sobre su trabajo y están peor recompensadas. Estos resultados se corroboran en el *análisis discriminante*, al encontrarse que estas dos dimensiones sirven para establecer diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (hombres y mujeres).

***Hipótesis 3: Las mujeres trabajadoras presentan mayores niveles de ansiedad que los hombres trabajadores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.***

De acuerdo con los resultados del *análisis de varianza* se puede concluir que las mujeres presentan más ansiedad que los hombres en todas las medidas evaluadas (ISRA y STAI). Además estas diferencias son estadísticamente significativas en todos los casos.

De acuerdo con el *análisis discriminante*, los hombres y las mujeres trabajadores se diferencian en Ansiedad Rasgo pero no en Ansiedad Estado (STAI).

***Hipótesis 4: Las mujeres trabajadoras están menos satisfechas, más estresadas y menos motivadas en el trabajo que los hombres trabajadores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.***

Efectivamente, las mujeres trabajadoras están menos satisfechas, más estresadas y menos motivadas que los hombres trabajadores pero estas diferencias sólo son estadísticamente significativas para la variable estrés, por lo que la hipótesis sólo se cumple en relación al *estrés*.

***Hipótesis 5: Las dolencias estudiadas, el consumo de medicamentos y de tabaco, son mayores en las mujeres trabajadoras que en los hombres trabajadores, sin embargo la práctica de deporte es mayor en los hombres trabajadores que en las mujeres trabajadoras.***

De acuerdo a los análisis efectuados se cumple esta hipótesis.

Aunque efectivamente las *dolencias, el consumo de medicamentos y de tabaco* son mayores en las *mujeres* que en los hombres, estas diferencias solo son estadísticamente significativas para las dolencias dolor de cabeza y trastornos músculo-esquelético, y para el consumo de medicamentos. En cambio la *práctica de deporte* es mayor en los *hombres* que en las *mujeres*. Por tanto se cumple la hipótesis 5.

### **7.3. ESTUDIO 3 – Conciliación vida laboral-familiar**

En relación a variables relacionadas con la conciliación como son: horas dedicadas al trabajo remunerado y horas dedicadas a las tareas del hogar, en función de ser hombre o mujer, estar casado o soltero, tener o no hijos; se puede concluir que:

***Hipótesis 6: Las mujeres solteras y sin hijos dedican más horas que los hombres solteros y sin hijos al trabajo remunerado y a las tareas del hogar, sin embargo las mujeres casadas con hijos dedican menos tiempo al trabajo remunerado y más horas al hogar que los hombres casados con hijos.***

En el grupo total, las *mujeres* dedican, por término medio, *más horas a las tareas del hogar* y los *hombres* *más horas al trabajo remunerado*. Si se tiene en cuenta el estado civil y los hijos, las *mujeres solteras sin hijos*, dedican más horas a las tareas del hogar y al trabajo remunerado, en comparación con los hombres. En cambio, *las mujeres casadas con hijos*, dedican menos horas al trabajo remunerado y más horas a las tareas del hogar.

Por tanto se cumple la hipótesis 6.

***Hipótesis 7: Los trabajadores que dedican más horas a las tareas del hogar perciben menores recompensas por su trabajo.***

Si se estudia la relación entre los riesgos psicosociales y las horas dedicadas a las tareas del hogar y al trabajo remunerado, se puede concluir que:

Los trabajadores que perciben *menores recompensas* son los que dedican (por término medio) *más horas a las tareas del hogar*, por tanto, son los trabajadores que ganan menos los que dedican más horas a ese tipo de tareas, probablemente porque no tengan suficientes recursos para contratar a alguien que les ayude.

En este sentido se cumple la hipótesis 7.

***Hipótesis 8. La variable Demandas cognitivas en el trabajo es capaz de predecir el número de horas dedicadas al trabajo.***

La variable *Demandas cognitivas* en el trabajo es capaz de predecir el número de *horas dedicadas al trabajo* (se cumple la hipótesis 8). Además las personas que dedican más horas al trabajo son las que perciben más demandas cognitivas, probablemente porque tienen un trabajo que les exige mayores demandas cognitivas. En este sentido, las mujeres dedican menos horas al trabajo remunerado en relación con los hombres, por lo que es probable que en términos generales tengan trabajos menos demandantes cognitivamente hablando y más monótonos.

Además, de los análisis realizados podemos concluir que:

En todas las dimensiones de los cuestionarios utilizados para esta investigación (DECORE, ISRA y STAI), tanto en el grupo total como en el grupo de hombres y mujeres, la fiabilidad es muy elevada (mayor a .70) en todos los casos.

Las correlaciones entre los riesgos psicosociales y los factores que miden ansiedad son mayores cuando se evalúa la ansiedad con el cuestionario STAI que cuando se evalúa con el cuestionario ISRA.

## 8. CONCLUSIONES FINALES Y DISCUSIÓN

Como resumen final de los estudios efectuados, se podría decir que *la falta de control* en los trabajadores predice rasgo de ansiedad en los trabajadores (ansiedad total, evaluada con el Cuestionario ISRA); mientras que *la falta de apoyo organizacional* y *la falta de control* predicen ansiedad estado (evaluada con el Cuestionario STAI). Las mujeres tienen una percepción mayor de riesgo en el trabajo, tienen más ansiedad, perciben mayor estrés, se encuentran menos satisfechas, menos motivadas, indican tener más dolencias, consumir más medicamentos. Además, en la actualidad, fuman más y practican menos deporte que los hombres.

Las dimensiones en las que más se diferencian los hombres y las mujeres son en la percepción de las escalas *Recompensas* y *Control*. Por tanto, cuando comparamos hombres y mujeres trabajadoras, los resultados muestran que los factores Control y Recompensas son en los que más se diferencian, encontrándose que las mujeres perciben menos recompensas y menos control en su trabajo. En los *tres índices combinados del riesgo* (*Índice Demanda-Control*, *Demanda-Recompensas* y *el Global*) la percepción de riesgo es estadísticamente significativa, y mayor en las mujeres. Además, las mujeres obtienen mayores puntuaciones en Apoyo organizacional y Demandas cognitivas, es decir, perciben menos apoyo de sus jefes y compañeros, y más cantidad de trabajo que los hombres; aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas,

Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la percepción del estrés. Por tanto, las mujeres tienen una percepción mayor de *estrés* que los hombres. Además se encuentran menos *motivadas* y menos *satisfechas* en el trabajo, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Las mujeres trabajadoras presentan más *ansiedad* que los hombres trabajadores. En todas las dimensiones de ansiedad, medidas con los dos Cuestionarios ISRA y STAI, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La menor diferencia se da en Ansiedad Estado, más relacionada con el estrés y con la situación del momento. En relación a la variable ansiedad, evaluada con el Cuestionario STAI,



es la *Ansiedad Rasgo* el factor que tiene más capacidad para diferenciar entre hombres y mujeres, encontrándose mayor probabilidad de tener puntuaciones bajas en caso de ser hombre y puntuaciones altas en caso de ser mujer. Por tanto, la diferencia entre hombres y mujeres en ansiedad parece estar más relacionada con una característica de personalidad que con situaciones que producen ansiedad, ya que es la variable *Ansiedad Rasgo* la que más diferencia entre hombres y mujeres, no apareciendo la escala *Ansiedad Estado* en el análisis.

Respecto a la *salud*: hay más trabajadores que tienen dolencias y que consumen medicamentos frente a los que no. Las mujeres tienen más *dolencias* que los hombres, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dolores de cabeza y trastornos musculo esqueléticos; las mujeres también consumen más *medicamentos* que los hombres, siendo igualmente estas diferencias estadísticamente significativas. Además actualmente *fuman* más mujeres que hombres, aunque con poca diferencia. En cambio, en la *práctica de deporte*, por término medio, son más los hombres que practican deporte que las mujeres.

En relación a la *conciliación entre la vida laboral y familiar*: Las mujeres *solteras y sin hijos dedican más horas que los hombres al trabajo remunerado y a las tareas del hogar*, sin embargo *las mujeres casadas con hijos dedican menos tiempo al trabajo remunerado y más horas al trabajo del hogar que los hombres casados con hijos*. Por otra parte, los trabajadores que *dedican más horas a las tareas del hogar*, que normalmente son las mujeres, *perciben menores recompensas por su trabajo*, probablemente debido a que ganen menos. Además, los trabajadores que *dedican más horas al trabajo remunerado perciben mayores demandas cognitivas en su trabajo*.

En la revisión efectuada en la primera parte de este trabajo se ha visto diferentes investigaciones que confirman en parte estos resultados. En relación al *estudio uno* “relación entre la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad y estrés”, existe un gran número de investigaciones que confirman la relación entre las características del trabajo y la ansiedad del trabajador en sus distintas formas (rasgo y estado) (Artazcoz & Molinero, 2004; Gómez-Ortiz & Moreno, 2010). Así cuando el

trabajador está expuesto a situaciones estresantes en su trabajo se produce ansiedad en los trabajadores (Bar-Haim, et al., 2007). Además cuando la situación es muy estresante (ansiedad estado) se puede disparar la ansiedad rasgo del trabajador (Muschala et al., 2010). Por tanto, se sabe que en la aparición de los trastornos de ansiedad influyen las malas condiciones en el trabajo, es decir las fuentes de estrés (Plaisier et al., 2007).

Aunque en esta investigación es la falta de *control* la variable que predice ansiedad, algunas investigaciones muestran que cuando se le une un exceso de demandas y falta de recompensas puede llegar a duplicar o triplicar el riesgo de ansiedad, entre otros trastornos (Benach et al., 2007; Health Canada, 2000). El bajo *control* sobre el trabajo, puede tener por tanto un efecto negativo sobre la salud mental, sobre todo cuando las demandas laborales son elevadas, en cambio, cuando analizamos la exposición a altas demandas por sí sola no es predictora de trastornos en salud mental (Dalgard, et al., 2009). Por otra parte, un *control* escaso puede acarrear tensiones psicológicas negativas cuando además las exigencias psicológicas en el trabajo son muy elevadas (Karasek, 1985; Luceño & Martín, 2008), produciéndose más bajas por enfermedad en estos trabajadores (Hystad, Eid & Brevik, 2011).

También hay que tener en cuenta que en los últimos años, el trabajo se ha ido tecnificando, aumentando los requerimientos mentales en decremento de los físicos, los trabajos requieren más concentración y a la vez el trabajador tiene menos *control* sobre el mismo (Almirall, 2001).

Además, algunas investigaciones han relacionado la falta de *apoyo organizacional* con mayor ansiedad en los trabajadores (Andrea et al., 2009; Goncalves & Feldman, 2008).

En una investigación se comprobó que era el bajo *control* percibido por los trabajadores y el bajo *apoyo organizacional* lo que producía ansiedad a los trabajadores manuales, sin embargo a los trabajadores de oficina les afectaba más las altas exigencias psicológicas y el trabajar con rapidez (Artazcoz & Molinero, 2004). En esta investigación, realizada con personal de alta cualificación afecta más la falta de apoyo y de control que el exceso de demandas.

En el entorno laboral, como en casi todos los entornos, el *apoyo organizacional* actúa como amortiguador que protege contra el desarrollo o el agravamiento de los trastornos de ansiedad (Ogus, 2008; Plaisier et al., 2007). Además, se debe resaltar que tiene más importancia el apoyo que se percibe que el que realmente se recibe (Barrón & Chacón, 1992).

En relación al *estudio dos*: “diferencias en la percepción de estrés, ansiedad y salud en hombres y mujeres”, las mujeres tienen una percepción mayor de riesgo en el trabajo, tienen más ansiedad, perciben mayor estrés, se encuentran menos satisfechas, menos motivadas, indican tener más dolencias, y consumir más medicamentos que los hombres. Además, en la actualidad, fuman más y practican menos deporte que los hombres.

Las diferencias en la percepción de riesgos en hombres y mujeres se pueden deber a diferentes causas, como por ejemplo: los tipos de trabajo realizados, unos tienen más probabilidad de provocar estrés; el distinto rol desempeñado por hombres y mujeres, que hace que la estrategia de afrontamiento empleada para hacer frente al estrés sea diferente; el tipo de cualificación y renta, ya que en personas más cualificadas laboralmente y con mayor renta puede que se atenúen las diferencias e incluso desaparezcan (Artazcoz et. al, 2004) .

Algunos de los estudios analizados indican que existen diferencias en la *percepción de riesgos psicosociales* entre hombres y mujeres, ya que las mujeres trabajadoras tienen una peor percepción del riesgo psicosocial (Antoniou et al., 2006; Bildt & Michelsen, 2002; Catalina et al., 2008; Stenlund et al., 2007; Vermeulen & Mustard, 2000). Como ejemplo Vermeulen y Mustard (2000), señalan que las mujeres tienen un mayor riesgo psicosocial debido a que las mujeres ocupaban, en la muestra analizada, más puestos de trabajo pasivos (bajas demandas y bajo control) y de alta tensión (altas demandas y bajo control), que son puestos con un mayor riesgo y una peor calidad psicosocial.

Además las mujeres cobran un 22% menos que los hombres (EAES, INE, 2010). También en esta investigación se corrobora que las mujeres perciben menores recompensas que los hombres.

En cuanto a la mayor percepción de *estrés* en las mujeres, de acuerdo con diferentes estudios revisados, en el ámbito laboral se dan mayores niveles de estrés en las mujeres que en los hombres (Burke, 1999; Misra et al., 2003; Misra et al., 2000; Spence & Robbins, 1992). Además, las encuestas indican que el estrés sigue aumentando y con más intensidad en las mujeres (Eurofound, 2012). También la encuesta efectuada por la American Psychological Association, (National Institutes of Mental Health, 2009) en relación a las diferencias en los niveles de estrés de hombres y mujeres, muestra que el 49% de las mujeres indican que su nivel de estrés ha aumentado en los últimos cinco años frente al 39% de los hombres, siendo las mujeres casadas las que tienen mayores niveles de estrés (el 33%) frente a las solteras (el 22%). Resultados que se corroboran en esta investigación.

En las mujeres el apoyo social es el factor clave que amortigua el desarrollo de los trastornos de ansiedad, mientras que para los hombres las bajas exigencias psicológicas en el trabajo son las que amortiguan el desarrollo de problemas de salud (Plaisier et al., 2007). En nuestra investigación las puntuaciones en la percepción del apoyo organizacional son muy similares en hombres y mujeres, por lo que no existen diferencias, aunque se comprueba que son los factores falta de apoyo organizacional y falta de control los que predicen ansiedad, tanto en hombres como en mujeres. En una investigación se demostró que el tener poco *control* sobre su trabajo en el caso de las mujeres y el realizar más horas extras en el caso de los hombres son factores que predicen un estrés laboral que puede llegar a desencadenar en un elevado estrés (Stenlund et al., 2007).

Es importante destacar que para la mujer la influencia que tiene el apoyo social en la satisfacción laboral es más relevante que para los hombres (Perrewe & Carlson, 2002). A los hombres les afecta más el factor psicosocial claridad del rol y a la mujer el conflicto familia-trabajo y la autonomía en la percepción de sus riesgos psicosociales (Salanova, Cifre et al., 2011).

Como ya se comentó en el apartado teórico los trabajadores que tienen un elevado rasgo de ansiedad perciben las situaciones como amenazantes; los sujetos ansiosos, en comparación con los sujetos menos ansiosos tienden a atender de manera selectiva y a interpretar de modo más catastrófico el entorno (Cano-Vindel,

2004; Luceño, Martín et al., 2006; Spielberger, 1966,1972; Spielberger, Gorsuch et al., 1986). Además, recuerdan más la estimulación negativa que la neutra (Sanz et al., 2011). En este sentido, los resultados de la presente investigación coinciden con los hallazgos de diversos estudios sobre ansiedad, en los que se ha concluido que las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar trastornos de ansiedad, en general son más ansiosas que los hombres, ello hace que ante una situación estresante se muestren más inseguras, ansiosas y preocupadas que los hombres (Cano-Vindel & Serrano Beltrán, 2006; Cardenal, 2001, 2003; Kessler et al., 2005; Tomei et al., 2006).

Aunque a veces las diferencias en ansiedad dependen de la medida utilizada, ya que en los indicadores cognitivos y afectivos se producen más diferencias entre hombres y mujeres que cuando se utilizan indicadores fisiológicos (McLean & Anderson, 2009). En nuestra investigación los dos instrumentos utilizados para medir la ansiedad se encuentran entre los indicadores cognitivos.

En relación a las variables de salud, el 22.5% de los trabajadores indican que el trabajo está afectando a su salud (INSHT, 2007). Es conocido que la exposición prolongada a estresores puede producir enfermedades físicas y disfunciones psicológicas, como ansiedad y depresión (Stansfeld & Candy, 2006).

En relación a esta investigación, como ya hemos indicado, por lo que respecta a la salud (estudio dos), hay más mujeres (en relación a los hombres) que tienen dolencias, consumen más medicamentos, fuman más y practican menos deporte. En la salud de la mujer trabajadora, puede influir el que en general, ocupan puestos de menor categoría jerárquica que los hombres, con trabajos y contratos más precarios y continúan siendo las que mayoritariamente realizan el trabajo doméstico (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortés, 2004). Además suelen ocupar más puestos pasivos, que presentan mayor riesgo psicosocial (Vermeulen & Mustard, 2000).

Una buena condición física de la persona se relaciona positivamente con autopercepción de buena salud y negativamente con ansiedad y con estrés autopercebido (Craft, 2005; Remor & Pérez-Llantada, 2007; Shirom et al., 2008). En nuestro país, el 59.4% de la población realiza actividad física en el trabajo o en su

tiempo libre de modo habitual, los hombres, el 60.4% y las mujeres el 58.4%, según los datos del INE (2012). En esta investigación los datos son algo superiores en el caso de los hombres, ya que realizan actividad física, el 65% de los hombres y en el caso de las mujeres es menor, el 53.6%. La realización de ejercicio físico puede relacionarse de modo positivo incluso con un mayor entusiasmo en el trabajo, de acuerdo con una investigación realizada en una empresa de tecnología de la información (Thogersen-Ntoumani et al., 2005).

Como ya se comentó en el apartado teórico, la percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco aún es baja, y aunque muchos fumadores son conscientes de los efectos negativos sobre la salud física, pocos relacionan su adicción con la ansiedad (Bird et al., 2007; García-Leyva, Domínguez & García, 2009). Fumar ayuda a afrontar los estados afectivos negativos, pero también incrementa el estrés (Becona-Iglesias, 2003; Niaura, Shadel, Britt, & Abrams, 2002).

Entre las mujeres que trabajan se ha producido un aumento del porcentaje de fumadoras habituales (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortés, 2005). Según la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), en el grupo de mujeres entre 25 y 54 años, se encuentra el mayor número de mujeres fumadoras, casi un 30%. La media de edad de las mujeres de esta investigación es de 38.01 y son fumadoras un número menor, el 26.4%, frente al 25.8% de los hombres fumadores. No obstante con la aparición de la legislación antitabaco, ha disminuido la exposición al humo (Eurofound, 2012).

En relación al *estudio tres*, “conciliación vida laboral y familiar”, los datos parecen indicar que las mujeres solteras dedican mucho tiempo al trabajo remunerado, y cuando se casan pasan a dedicar parte de ese tiempo a las tareas del hogar. Sin embargo, es curioso que las variables recompensas y demandas cognitivas influyan en las horas dedicadas a las tareas del hogar y al trabajo remunerado. En este sentido, los datos indican que las personas que ganan menos dinero (perciben menos recompensas) dedican más horas a las tareas del hogar, probablemente porque no puedan permitirse contratar a alguien que les ayude. Sin embargo, las personas que ganan más dinero (perciben más recompensas) dedican menos horas a

las tareas del hogar, probablemente porque tengan recursos para contratar a alguien que les ayude.

En relación a las demandas cognitivas, los trabajadores que tienen más demandas cognitivas dedican más horas al trabajo remunerado, probablemente porque su trabajo sea más complicado, es decir, cognitivamente más demandante.

Como hemos podido comprobar en la parte teórica de la investigación, hay estudios en los que se demuestra que es más difícil conciliar la vida laboral y familiar en las mujeres que en los hombres (Catalina et al., 2008), en muchos casos debido a que la mujer es la que más se responsabiliza de las tareas familiares (Linehan et al., 2002), el cuidado del hogar y de los hijos hace que tenga más riesgo de sufrir estrés en el trabajo (Brisson, 2000; Spielberger, Vagg , & Wasala, 2003) porque se incrementan las demandas laborales, lo que provoca que tengan menos tiempo para dedicar a la familia (Hobfoll, 2002).

En relación al estrés y la conciliación trabajo-familia, además es necesario tener en cuenta la etapa vital del trabajador, ya que afecta el hecho de estar casado o no, tener hijos o no, y las edades de éstos, a la hora de conciliar la vida laboral y familiar. En este sentido, cuando la pareja tiene hijos los roles de hombre y mujer suelen convertirse en más tradicionales (Craig & Sawrikar, 2009; Goldberg & Perry-Jenkins, 2004).

A veces es complicado hacer un reparto equitativo de las tareas del hogar en el matrimonio, por lo que si tienen recursos, el contratar una persona que les ayude tiene un efecto protector para la salud de la mujer (Artazcoz, Borrell et al., 2001; Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004).

En todos los países de la OCDE las mujeres dedican más tiempo a las tareas del hogar que los hombres, una media de 2.5 horas semanales más que los hombres, en España 3.1 horas (OCDE, 2011) y en esta investigación la diferencia es de 3.36 horas.

En cuanto al trabajo remunerado, los hombres trabajan siete horas de media más a la semana que las mujeres (INE, 2011), aunque en este estudio la diferencia es mucho menor, no llega a una hora.

Aunque los hombres dedican más tiempo al trabajo remunerado que las mujeres, el tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado) es superior en las mujeres (Artazcoz et. al., 2004) al igual que en el presente estudio, en el que las mujeres efectúan casi cuatro horas más de trabajo total que los hombres. Por tanto, si sumamos las horas del empleo con las del trabajo no pagado, son las mujeres las que tienen una jornada mayor (Joint European Foundation, 2006).

En relación a las *limitaciones* de la presente investigación, una de ellas se centra en el tipo de muestra, ya que se trata de una muestra incidental por lo que no sería del todo correcto extrapolar los resultados a la población general.

Ya que parte del objetivo es estudiar las diferencias entre hombres y mujeres se debe segmentar la muestra, lo que conduce a que se necesite un mayor requerimiento de participantes. Por tanto, para futuras investigaciones se propone aumentar el número de sujetos para comprobar los resultados. También en futuros estudios sería interesante investigar si estos resultados se constatan en otros sectores de actividad.

En relación a los instrumentos de evaluación sería recomendable utilizar un cuestionario de salud ya validado y utilizar la versión reducida del cuestionario ISRA, para disminuir los posibles problemas de la aplicación de los autoinformes, como puede ser la fatiga.

Como el estudio es transversal, ello impide establecer relaciones causales, por lo que en el futuro se deberían realizar estudios longitudinales, dada su importancia, de hecho ya se están efectuando con DECORE en diferentes poblaciones España, México, Portugal y Alemania.

En cuanto a las aportaciones de esta investigación, una vez presentados los resultados de nuestro estudio en el que se observan las relaciones entre la percepción de los riesgos psicosociales en el trabajo, el estrés y la ansiedad; los resultados pueden contribuir a mejorar la comprensión, en distintos colectivos de trabajadores, de la importancia que tienen para la empresa y el trabajador conocer



las relaciones entre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores, además de aportar información valiosa en relación a la conciliación trabajo-familia.

Por ello es necesario realizar una colaboración mutua Universidades-Empresas para realizar más estudios sobre la percepción que tienen los trabajadores de sus condiciones de trabajo y así conocer los factores que producen estrés en los trabajadores. De esta forma se podrá intervenir sobre los mismos y conseguir entornos de trabajo más saludables. Por otra parte, es importante diseñar programas de intervención especiales, dirigidos a trabajadores y directivos, para manejar las consecuencias del estrés y entrenar en habilidades de afrontamiento de situaciones estresantes. Todo, en el fondo, orientado a ayudar a mejorar la satisfacción vital de los trabajadores, aumentando su calidad de vida.

## Referencias

- Adecco (2010). *IV Encuesta Adecco a mujeres directivas*. Recuperado de [http://www.adecco.es/\\_data/NotasPrensa/pdf/233.pdf](http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/233.pdf)
- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo- EU –OSHA (2002). El estrés relacionado con el trabajo. *Facts Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo*, 22. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/22>
- Akandere, M., & Tekin, A. (2005). *Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad*. E.U.: PubliCE Estándar. Recuperado de <http://www.sobreentrenamiento.com/PubliCE/Articulo.asp?ida=478/>
- Akerstedt, T. (1990). Psychological and psychophysiological effects of shiftwork. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 16, 67-73.
- Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000) Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal Occupational Health Psychology*, 5, 278-308.
- Almirall, P. (2001). *Apuntes sobre Ergonomía Cognitiva*. Caracas: Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela.
- Altemus, M., & Epstein, L. (2008). Sex differences in anxiety disorders. In J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman & E.A. Young (Eds.), *Sex differences in the brain*, (pp. 397-404). Oxford University Press.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. *Revista Española de Neuropsiquiatría* XI, 39, 257-265.
- American Psychological Association, APA (s.f.). *Los distintos tipos de estrés*. Adaptado de Lyle Miller y Alma Dell Smith. The Stress Solution. Recuperado: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

- Amick, B., & Kawachi, I. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health in cohort of women in the United States. *Scandinavian Journal Environment Health*, 24 (1), 54-61.
- Anca de, C., & Aragón, S. (2007). La mujer directiva en España: catalizadores e inhibidores en las decisiones de trayectoria profesional. *Academia, Revista Latinoamericana de Administración*, 38, 45-63.
- Anderson, N. B., & Armstead, C. A. (1995). Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.
- Andrea, H., Bültmann, U., van Amelsvoort, L. G., & Kant, Y. (2009). The incidence of anxiety and depression among employees—the role of psychosocial work characteristics. *Depression and Anxiety*, 26, 1040–1048. doi: 10.1002/da.20516
- Anker, R. (1997). Theories of occupational segregation by sex: An overview. *Internacional Labour Review*, 136(3), 316-339.
- Antoniou, A. S., Polychroni, F., & Vlachakis A. N. (2006). Gender and ages differences in occupational stress and profesional burnout between primary and high-school teachers in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 682-690.
- Aparicio García, M. E., Ramos-Cejudo, J., Salguero, J.M., & Sanz-Blasco, R. (2011). Anxiety and self-rated health as predictor variables of medical attention in Spanish population. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 59-71.
- Aranda, C., Pando, M., & Pérez, M. B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo (burnout): una revisión. *Psicología de la Salud*, 14(1), 79-87.
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J. G., Torres, T. M., Aldrete, M. A. et al. (2005) Síndrome de Bornout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública*, 31, (2) ,101–110.

- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J. G., Torres, T. M., & Aldrete, M.G. (2009). Social support, burnout syndrome and occupational exhaustion among Mexican traffic police agents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 585-592.
- Araña-Suárez, S. M., Capafons, A., Martínez, J., & Laborda, E. (2010). 1.3. Locus de Control, Ansiedad y Trabajo. En S. M. Araña-Suarez (Ed.), *Regreso al Trabajo. Una intervención bio-psico-jurídica-social-estratégica-necesaria para la resolución de la incapacidad laboral temporal por problemas de salud mental* (pp.210-217). Madrid: Secretaria de Estado de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
- Arent, A. M., Landers, D. M., & Etnier, J. L. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 407-430.
- De Arquer, M.I., Martín-Daza, F., & Nogareda, C. (1995). *Ambigüedad y conflicto de rol*. NTP 388. Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT. Recuperado: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_388.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_388.pdf)
- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortés, I., Benach, J., & García V. (2004). Combining job and family demands and being healthy. *European Journal of Public Health*, 14(1), 43-48.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortés, I. (2005). Social Inequalities in the impact of flexible employment on different domains of Psychosocial Health. *Epidemiology Community Health*, 59, 761-767.

- Artazcoz, L., Borrell, C. & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *Epidemiology Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortés, I., & Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: The importance of employment status and socioeconomic position. *Social Science and Medicine*, 59, 263-274.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Benito, C., Moncada, A., & Benach, J. (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 150-153.
- Artazcoz, L., Cruz, J. L., Moncada, S., & Sánchez, A. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gaceta Sanitaria*, 10, 282-292.
- Artazcoz, L., Escribá-Agüir, V., & Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 24-35.
- Artazcoz, L., Escribá-Agüir, V., & Cortés, I. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 71-78. doi: 10.1157/13086029
- Artazcoz, L., García-Calvente, M. M., Esnaola, S., Borrell, C., Sánchez-Cruz, J. J., Ramos, J. L., et al. (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En J.M. Cabasés, J. R. Villalbí y C. Aibar (Eds.), *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Informe SESPAS 2002. Valencia: SESPAS.
- Artazcoz, L., & Molinero, E. (2004). Evaluación de los factores de riesgo psicosocial combinando metodología cuantitativa y cualitativa. *Archivo Prevención Riesgos Laborales*, 7(4), 134-142.
- Asami, T., Yamasue, H., Hayano, F., Nakamura, M., Uehara, K., Otsuka, T. et al. (2009). Sexually dimorphic gray matter volumen reduction in patients with panic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 173, 128-134.

- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: A population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 11-119.
- Bacharach, S.B., Bamberger, P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 39-53.
- Bagley, C., & Mallick, K. (2001). Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9(2-3), 117-126.
- Bailyn, L. (2003). Academic careers and gender equity. Lessons learned from MIT. *Gender, Work and Organizations*, 10(2), 137-152.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family: An expansionist theory. *The American Psychology*, 56(10), 781-796.
- Barrón, A., & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale SSAS and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(4), 323-334.

- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D., & Fitzpatrick, R. (1999) Social position, social roles and women's health: Changing relationships 1984-1993. *Social Science and Medicine*, 48, 99-115.
- Bauman, A., & Craig, C. L. (2005). The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2, 10.
- Baxter, J. (2000). The joys and justice of housework. *Sociology*, 34(4), 609-631.
- Becoña-Iglesias, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y Drogas*, 3, 70-92.
- Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Schnall, P. I., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? A critical review of the empirical evidence, with a clinical perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(2), 85-128.
- Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V., (2007). *Employment conditions and health inequalities: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. Geneva: Draft report to the WHO, Commission on Social Determinants of Health, Employment Conditions Knowledge Network.
- Benevides-Pereira, A. M. (2007) El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En P. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Eds., *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo* (pp. 187-201). Madrid: Pirámide.
- Bernaldo de Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Gómez, L., Blanco, C., & Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401. <http://www.psicothema.com/pdf/4029.pdf>
- Bernhard, H. C. (2007). A survey of burnout among college music majors. *College Student Journal*, 41(2), 392-402.

- Berntsson, L., Lundberg, U., & Krantz, G. (2006). Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white collar employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 1070-1076.
- Biddle, S., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Biddle, S., Fox K., & Boutcher S. (2000). *Physical Activity and Psychological Well-being*. London: Routledge.
- Bildt, C., & Michelsen, H. (2002). Gender differences in the effects from working conditions on mental health: A 4-year follow-up. *International Archives Occupational Environ Health*, 75(4), 252-8.
- Bird, Y., Moraros, J., Olsen, L. K., Forster-Cox, S., Staines-Orozco, H., & Buckingham, R. W. (2007). Smoking practices, risk perception of smoking, and environmental tobacco smoke exposure among 6th-grade students in Ciudad Juarez, Mexico. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 195-203.
- Boada, J., De Diego, R., & Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Bohen, H., & Viveros-Long, A. (1981). *Balancing Jobs and Family life: Do Flexible Work Schedules Help?* Philadelphia: Temple University Press.
- Bohus, B. (1994) Humoral modulation of learning and memory processes: Physiological significance of brain and peripheral mechanisms. En J. Delacour (Ed.) *The memory system of the brain*. Singapore: World Scientific Publishing (337-364.) ¿?
- Bones-Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.



- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J., & Artazcoz, L., (2004). Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organization, household material standards and household labour? *Social Science Medicine*, 58, 1869-87.
- Bosman, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- Bosqued-Lorente, M. (2005). *¿Que no te pese el trabajo!: cómo combatir el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: mobbing, estar quemado, tecnoestrés*. Barcelona: Gestión 2000.
- Bossen, L. (1991) Las mujeres y las instituciones económicas. En Stuart Plattner (Ed.), *Antropología económica* (pp.432-475). Madrid: México Alianza Editorial.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). Afrontar el estrés y el dolor. En L.Brannon y J.Feist (Eds.), *Psicología de la salud* (pp.251-257). México: Plaza y Valdés.
- Breslau, N., Novak, S. P., & Kessler, R. C. (2004). Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 34, 323-333.
- Brisson, Ch. (2000) .Women, work and CVD. In P.Schnall, K.Belkic, P. Landsbergis & D. Baker (Eds.), *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15, 7-68. No sale igual endnote.
- Bull, F.C., Armstrong, T., Dixon, T., Ham, S., Neiman, A., & Pratt, M. (2005). Physical inactivity. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors* (pp. 729-881). Ginebra: World Health Organization.
- Bültmann, U., Kant, I. J., Kasl, S., Schroër, K. A. P., Swaen, G. M. H., & van den Brandt, P. A. (2002). Lifestyle factors as risk factors for fatigue and psychological distress in the working population: Prospective results from the Maastricht Cohort Study.

*Journal Occupational Environment Medicine*, 44, 116–124. (en confusion termin.1.3. capít)

- Burchell, B.J. (2001). Perceiving and understanding people. In C. Fraser & B.J. Burchell, (Eds.), *Introducing Social Psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Burin, M. (2008). Las fronteras de cristal en la carrera laboral de las mujeres: género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología*, 39(1), 75-86.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, R. J. (1990) Effects of physical environment and technological stressors among stock brokers: A preliminary investigation. *Psychological Reports*, 66, 951-959.
- Burke, R. J. (1999). Workaholism in organizations: Gender differences. *Sex Roles*, 41(5/6), 333-345.
- Buunk, R. J., & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*.UK: Taylor y Francis.
- De Cabo, G., & Garzón, M. J. (2007). *Diferencia y discriminación salarial por razón de sexo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Cabrera de León, A., Rodríguez-Pérez, M. C., Almeida, D., Domínguez, S., Aguirre, J., Brito ....grupo CDC (2008). Presentación de la cohorte “CDC (Cardiovascular, Diabetes y Cáncer), de Canarias” objetivos, diseño y resultados preliminares. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 519-534.
- Cabrera de León, A., Rodríguez-Pérez, M. C., Rodríguez-Benjumeda, L. M., Anía Lafuente, B., Brito Díaz, B., Muros de Fuentes, M.,... Aguirre Jaime, A. (2007) Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente a porcentaje de gasto energético. *Revista Española Cardiología*, 60, 244-250.

- Cahill, L. (2003). Sex- and hemisphere-related influences on the neurobiology of emotionally influenced memory. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 1235-1241.
- Cahill, L. (2006). Why sex matter for neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 477-484.
- Cahill, L. (2009). Dimorfismo sexual cerebral. Tema 56: Instinto sexual. *Investigación y Ciencia*, 56, 62-70.
- Cahill, L., Haier, R. J., White, N. S., Fallon, J., Kilpatrick, L., Lawrence, C. et al. (2001). Sex-related difference in amygdale activity during emotionally influenced memory storage. *Neurobiology of Learning and Memory*, 75, 1-9.
- Campbell, D. J., Campbell, K. M., & Kennard, D. (1994). The effects of family responsibilities on the work commitment and job performance of non-professional women. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 283-296.
- Campbell, I., & Charlesworth, S. (2004). *Background Report: Key work and family trends in Australia*. Melbourne: Centre for Applied Social Research RMIT University.
- Cano-Vindel, A. (2004). La ansiedad. Claves para vencerla. Málaga: Arguval.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria: una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 157-184.
- Cano-Vindel, A., Camuñas, N., Iruarrizaga, I., Dongil, E., & Wood, C. (2010). Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 413-434.
- Cano-Vindel, A., Dongil Collado, E., & Wood, C. (2011). *El Estrés*. Barcelona: Océano-Ámbar.

- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1994). *Psicología, Medicina y Salud. Monografía de Ansiedad y Estrés*. Murcia: Compobell.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Cano-Vindel, A., & Serrano-Beltrán, M. (2006). Para no enfermar de estrés: cómo combatir la ansiedad laboral. Madrid: Recoletos Grupo de Comunicación S.A.
- Cantera, L. M., Cubells, M<sup>a</sup> E., Martínez, L., & Blanch, J. M. (2009). Work, family, and gender: Elements for a theory of work-family balance. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 641-647.
- Capilla, P. R. (2000). El síndrome de burnout o desgaste profesional. *Revista Fundación*, 58, 13-34
- Cardenal, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales - el estilo de evitación emocional y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36- 52.
- Cardenal, V. (2003). La personalidad de la mujer. En M. P. Sánchez-López (Ed.), *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Cárdenas de Santamaría, M. C., Eagly, A., Heller, L., Jáuregui, K., Rivadeneira, W., & Salgado, E. (2010). *Percepción de mujeres directivas en Latinoamérica sobre determinantes de su ascenso*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Las políticas de equidad de género en perspectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones. Área género, Sociedad y Políticas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso, Buenos Aires. Recuperado de [http://issuu.com/catunescomujer.org/docs/publicacion\\_digitalcomp/4?mode=ap](http://issuu.com/catunescomujer.org/docs/publicacion_digitalcomp/4?mode=ap)
- Cardona, J. M. (2007). El "gato encerrado" en el desarrollo de directivos. *Capital Humano*, 206, 46-52.

- Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E., & Romero, A. (1998) El trabajo reproductivo. *Papers*, 55, 95-114.
- Carter, N., & Silva, C. (2010) Women in management: Delusions of progress. *Harvard Business Review*, 88(3), 19-21.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXL (2), 364-392.
- Catalina, C., Corrales, H., Cortés, M. V., & Gelpi, J. A. (2008). Las diferencias de género en el nivel de exposición a riesgos psicosociales entre trabajadores/as de la comunidad Autónoma de Madrid: resultados preliminares del plan de investigación del estrés laboral de Ibermutuamur. *EduPsykhé*, 7(2), 185-200.
- Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and cristallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54, 1-22.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Chambel, M. J., & Cruz, F. (2007). El desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en militares en misión de paz. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Eds.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo* (pp.139-145). Madrid: Psicología Pirámide.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521 - 525.
- Chen, .W. Q., Wong, T. W., & Yu, T. S. (2009). Influence of occupational stress on mental health among chinese off-shore oil workers. *Scandinavian Journal Public Health*, 37(7), 766-773. doi: 10.1177/1403494809341097

- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the Human Services*. Beverly Hills and London: Sage.
- Chial, H. J., & Camilleri, M. (2002). Gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal Gender - Specific Medicine*, 5(3), 37- 45.
- Chinchilla, N. (2004) *La ambición femenina*. Aguilar: España
- Chinchilla, N., León, C., Torres, E., & Canela, M. A. (2006). *Frenos e impulsores en la trayectoria profesional de las mujeres directivas*. España: Universidad de Navarra, Centro Internacional Trabajo y Familia de IESE Business School.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1998). A healthy body in a healthy mind and viceversa the damaging power of “incontrolable” stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83(6), 1842-1845.
- Cifre, E., Salanova, M., & Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 82, 28-36.
- Clancy, S. (2007). ¿Por qué no hay más mujeres en la cima de la escala corporativa: debido a estereotipos, a diferencias biológicas o a escogencias personales? *Academia: Revista Latinoamericana de Administración*, 38, 1-8.
- Clausen, T., Christensen, K. B., & Borg, V. (2010). Positive work-related states and long-term sickness absence: A study of register-based outcomes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 51 - 58.
- Clemente, A., Córdoba, A. I., & Gimeno, A. (2003). Diferencias en la percepción de influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 19-26.
- Cohen, J. (1992). *A power primer*. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.  
doi:10.1037/0033-2909.112.1.155

- Cohen, S. (2000). An exploratory study of popular musicians' occupational stress cognitive appraisal and coping responses. *Dissertation Abstracts International, Section A*, 61, 363.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.
- Comisión de las Comunidades Europeas (COM), 2007. *Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2007-2012*. Bruselas: Autor.
- Comisión Europea (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?* Bruselas: Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Disponible en: [http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/hys/publicat/pubintro\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/hys/publicat/pubintro_en.htm)
- Comisión Europea (2007). *Employment in Europe 2006*. Bruselas: Autor. Disponible en : <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=3&policyArea=81&subCategory=119&country=0&year=0&advSearchKey=&mode=advancedSubmit&langId=en>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2008). *Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral, MERCAL. Protocolo sobre elaboración de informe de antecedentes profesionales*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos e Instituto Nacional de la Seguridad Social. Recuperado de: <http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/noticias/1817/Protocolo%20Manual%20Requerimientos%20Valoracion%20Capacidad%20Laboral%2030-12-08.pdf>
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, California: Sage Publication.

- Cooperstock, R. (1974). A review of women's psychotropic drug use. *The Canadian, Journal of Psychiatry*, 24, 29-34.
- Cooperstock, R. (1982). Cuidado con los medicamentos. *El Correo de la Unesco*, 30-31.
- Corominas, A., Coves, A. M., Lusa A., & Martínez, C. (2001). *Proyecto ISOS: la discriminación en materia salarial*. Trabajo presentado en la II Conferencia de Ingeniería de Organización, Vigo.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 9-16.
- Cox, T., & Griffiths, A. (1995). The assessment of psychosocial hazards at work. In M. J. Shabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: Wiley and Sons.
- Craft, A. (2005). *Creativity in schools: Tensions and dilemmas*. London: Routledge.
- Craig, L. (2007). *Contemporary motherhood: The impact of children on adult time*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Craig, L., & Sawrikar, P. (2009). Work and family: How does the (gender) balance change as children grow. *Gender Work and Organization*, 16(6) 684 – 709. doi: 10.1111/j.1468-0432.2009.00481.x
- Crosby, F. (1982). *Relative deprivation and working women*. New York: Oxford University Press.
- Cruz, A. C., Noriega, M., & Garduño, M. A. (2003). Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Caderno Saúde Pública*, 19, 1129-1138.
- Cuadrado, I., & Morales, J. (2007). Algunas claves sobre el techo de cristal en las organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 23(2) ,183-202.



- Curie, J., & Hajjar, V. (1987). Vie de travail, vie hors de travail: La vie en temps partagé. En C. Levy-Levoyer y C. Sperandio (Eds.), *Psychologie du travail* (pp. 37-55). París: Presses Universitaires De France.
- Dalgard, O. S., Sorensen, T., Sandanger, I., Nygard, J. F., Svensson, E., & Reas, D. L. (2009). Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work and Stress*, 23, 284-296.
- Davidson, M. J., & Cooper, C. L. (1992). *Shattering the glass ceiling*. London: Paul Chapman.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M. et al. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5, 141.
- Delgado Sánchez, A. (2001). Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 27, 75-78.
- Delgado, M., & Latiesa, M. (2003). Salud y actividades físico-deportivas. En VV.AA., *Deporte y Calidad de vida en la población adulta. Evaluación de los programas médico-deportivos del Patronato Municipal de Deportes de Granada* (pp. 67-84). Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job demands - resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Dias, M., & Costa, J. (2008). Impacto psicosocial de la tecnología de información y comunicación (TIC): tecnoestrés, daños físicos y satisfacción laboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 127 - 139.
- Díez, E., Terrón, E., & Anguita, R. (2006). *La cultura de género en las organizaciones escolares. Motivaciones y obstáculos de acceso de la mujer a los puestos de dirección*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Duch, F. R., Ruiz de Porras, L., Gimeno, D., & Iglesias, M. (1999). Síndrome de burnout en atención primaria. *Salud Rural*, 8, 54.
- Durán, J. F. (2006). La construcción social del concepto de trabajo moderno. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13.
- Durán, M. (2001) *El Síndrome de burnout en organizaciones policiales: Una aproximación secuencial* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga. Recuperada de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16272675.pdf>
- Durán, M., Serra, I. & Torada, R. (2001). *Mujer y trabajo, problemática actual*. Valencia: Germania Serveis Gràfics, S.L.
- Duro, A. (2010). Work-related negative experience a unification model of poor employee well-being and work-related mental ill-health and substance consumption. *European Psychologist*, 15(2), 109-120.
- Dutton, S. B. (2002). Marital relationship functioning in a clinical sample of generalized anxiety disorder clients. *Dissertation Abstracts International*, 62(9-B), 4216.
- Duxbury, L., & Higgins, C. (2009). *Report 6: Work-Life Conflict in Canada in the New Millennium: Key Findings and Recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. Ottawa: Health Canada. Recuperado de [http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occup-travail/balancing\\_six-equilibre\\_six/balancing\\_six-equilibre\\_six-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/balancing_six-equilibre_six-eng.pdf)
- Eagly, A., & Carli, L. (2007). Women and the labyrinth of leadership. *Harvard Business Review*, 85(9), 62-71.
- Eagly, A. H., & Mladinic, A. (1994), Are people prejudice against women? Some answers from research on attitudes, gender stereotypes, and judgments of competence. *European Review of Social Psychology*, 5, 1-35.

- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E. et al. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 282-288.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Equipo de Investigación Sociológica, EDIS. (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Eichler, M., & Albanese, P. (2007). What is household work? A critique of assumptions underlying empirical studies of housework and an alternative approach. *Canadian Journal of Sociology, 32*(2), 227-258.
- Elliot, G. R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health: Analysis and implications for research*. New York: Springer Verlag.
- Ellis, A. (1989). The history of cognition in psychotherapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz*. Barcelona: Paidós.
- Elovaino, M., Kivimaeki, M., Steen, N., & Kalliomaeki, L. T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: A multilevel analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 269-277.
- Endler, N. S. (1977). The role of person-by-situation interaction impersonality theory. En I. C. Uzgiris y F. Welzman (Eds.), *The Structuring of experience* (pp. 343-369). New York: Plenum.

- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1974). *Interactionism, trait psychology and psychodynamics and situationism*. (Report 418). Stockholm: Psychological Laboratories, University of Stockholm.
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1976). *Interactional Psychology and Personality*. Washington D. C.: Hemisphere Pub.
- Endler, N. S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 119-129.
- Eriksen, W., Tambs, M., & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: A prospective cohort study. *BioMed Central , BMC Public Health*, 6, 290.
- Escribá-Agüir, V., Martín Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2002). Síndrome del desgaste profesional en personal sanitario de urgencias y emergencias y factores de riesgo psicosocial. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 24-35.
- Eurofound, European Foundation for the Improvement of Living and working conditions (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg : Publications Office of the European Union. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>
- European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2007). *Annual Report 2007*. Bruselas: Autor. Recuperado de [https://osha.europa.eu/en/publications/annual\\_report/2007full](https://osha.europa.eu/en/publications/annual_report/2007full)
- Eurostat, European Comission, (2011). *Salarios y Costes salariales 2011*. Recuperado de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Wages\\_and\\_labour\\_costs/es](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Wages_and_labour_costs/es)
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

- Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples*. Trabajo de Ascenso. Universidad Simón Bolívar, Venezuela.
- Feldman, L., Payne, S., & Vivas, E. (2002). Gender roles, role quality and health in Venezuelan working women. (pp. 95-122) In S.P. Wamala & J.Lynch (Eds.), *Gender and social Inequities in Health*. Sweden: Studentlitteratur.
- Feldner, M. T., Vujanovic, A. A., Gibson, L. E., & Zvolensky, M. J. (2008). Posttraumatic stress disorder and anxious and fearful reactivity to bodily arousal: A test of the mediating role of nicotine withdrawal severity among daily smokers in 12-hr nicotine deprivation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16, 144-155.
- Fernández, J. A., Siegrist, S., Rödel, A., & Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: Un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 524-526.
- Fernández, T., Gómez, M. J., Baidés, C., & Martínez, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: Un estudio Delphi en médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 30, 297-303.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). El estrés. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología general: Motivación y emoción* (pp.250-283). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. G. (1999). El estrés: aspectos básicos e intervención. En E.G. Fernández Abascal, & F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Montalvo, J., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 207-222.

- Ferrer, R., Guilera, G., & Peró, M. (2011). *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO)*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NOVEDADES%20EDITORIALES/FPsico/Informe%20justificaci%C3%B3n.pdf>
- Ferrer, V. A., Bosch, E., & Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10(1), 53-63.
- Ferris, P. A., Sinclair, C., & Kline, T. J. (2005). It takes two to tango: Personal and organizational resilience as predictors of strain and cardiovascular disease risk in a work sample. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 225-238.
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P., & Grau-Alberola, E. (2009). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia*, 29.
- Fisher, E. B., Brownson, R. C., Heath, A. C., Luke, D. A., & Sumner, W. (2004) Cigarette smoking. En T. J. Boll, J. Raczyński y L. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, 2, 75-120. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Frankenhaeuser, M. (1996). Stress and gender. *European Review*, 4, 313-327.
- French, J. R. P., & Kahn, R. L. (1962) A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *The Journal of Social Issues*, 18, 1-47. doi: 10.1111/j.1540-4560.1962.tb00415.x
- Friedman, S., Vila, G., Timsit, J., Boitard, C., & Mouren-Simeoni, M. (1998). Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: Relationships with glycemic control and somatic complications. *European Psychiatry*, 13, 295-302.

- Fry, P. S. (1995). Perfectionism, humor and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 121(2), 211-245.
- Gálvez, A. M., Pérez, C., Martínez, M. J., Vayreda, A., Ardevol, E. I., Rodríguez, I.,...Villanueva, N. (2008). *Conciliación de la vida laboral y familiar en mujeres que trabajan con tecnologías de la información y la comunicación: Un análisis psicosocial y cultural de las estrategias desplegadas*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Garcés de los Fayos, E. J. (1993). Frecuencia de burnout en deportistas jóvenes: estudio exploratorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 55-63.
- Garcés de los Fayos, E., & Jara, P. (2002). Agotamiento emocional y sobreentrenamiento: burnout en deportistas. En A. Olmedilla, E. Garcés de los Fayos y G. Nieto (Eds.), *Manual de Psicología del deporte*. Murcia: Diego Marín.
- Garcés de los Fayos, E. J., Elbal, C., & Reyes, S. (1999). *Burnout en árbitros de fútbol*. VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte, Murcia.
- García, J., De Abajo, F. J., Carvajal, A., Montero, D., Madurga, M., & García, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española Salud Pública*, 78(3), 379-387.
- García-Averasturi, L. (2005). Estrés de roles y salud ¿existen diferencias de género? *Hojas informativas del Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas*, 7. Canarias: COP.
- García-Leiva, P., Domínguez, J. M., & García, C. (2009). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15, 29-38.
- García-Mina, A. (2000). A vueltas con la categoría de género. *Papeles del Psicólogo*, 76, 35-39.
- Gilboa, S., Shiron, A., Fried, Y., & Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, 61, 227-271.

- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudio diagnóstico sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout). *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 16(2), 101-102.
- Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de burnout) aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicopedía*, julio 25, 01.
- Gil-Monte, P. R. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Información Psicológica*, 100, 68-83.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupo profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Gyor: Hungría.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2002). A randomized controlled trial testing the impact of a support/work-planning intervention on first-time parents' health, partner relationship, and work responsibilities. *Behavioral Medicine*, 28(3), 84-91.
- Glass, J. L., & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 179-191.
- Goddard, R., & O'Brien, P. (2003). *Are beginning teachers with a second degree at a higher risk of early career burnout?* Trabajo presentado en International Education Research Conference, AARE, Auckland, New Zealand.
- Recuperado de <http://www.aare.edu.au/03pap/god03015.pdf>



- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5, 67.
- Godoy, L., & Mladinic, A. (2009). Estereotipos y roles de género en la evaluación laboral y personal de hombres y mujeres en cargos de dirección. *Psykhé*, 18(2), 51-64.
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., Sederer, L. I., & Mark, T. L. (2002). The business case for quality mental health services: Why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(4), 320-330.
- Goldberg, A. E., & Perry-Jenkins, M. (2004). Division of labor and working-class women's well-being across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 225-236. doi:10.1037/0893-3200.18.1.225
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A experiencia de stress e "burnout" em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Teoria, Invetigação e Prática*, 2, 193-212.
- Gomes, K., & Tanaka, A. C. (2003) Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, municipio de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 36 (124), 247-257.
- Gómez-Ortiz, V. (2001) *Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles*. Documentos del CESO 1, Facultad de Ciencias Sociales. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Gómez-Ortiz, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 117-128.

- Gómez-Ortiz, V, & Moreno, L. (2010). Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychológica*, 9(2), 393-407.
- Goncalves, L., & Feldman, L. (2008). Estrés laboral, variables sociodemográficas y salud en profesionales venezolanos. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 61(4), 341-356.
- Gordon Childe, V. (1941). The history of civilization. *Antiquity*, Volume 15, 57, 1-14.
- Gore, S. (1981). Stress-Buffering functions of social support: An Appraisal and clarification of research models. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressfullife events and their contexts*. New York: Prodist.
- Gracia Camón, D. A. (2003). Criterios objetivos para la evaluación de la carga de trabajo derivada de factores psicosociales y organizacionales. *Mapfre Seguridad*, 23 (90), 29-37.
- Gracia Camón, D. A. (2006). Método del Instituto de Ergonomía MAPFRE (INERMAP). En Meliá, J.L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J.M., Pou, R. et al. (Eds.), *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos* (pp: 86-103). Barcelona: Foment del Treball Nacional.
- Graham, N. M., Bartholomeusz, R. C., Taboonpong, N., & La Brooy, J. T. (1988). Does anxiety reduce the secretion rate of secretory IgA in saliva? *Medical Journal of Australia*, 148, 131-132.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., Goldstein, R.,... Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.

- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community y Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76-88.
- Guardia J., Però, M., & Barrios, M. (2008). Propiedades psicométricas de la batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa. *Psicothema*, 20, 939 - 944.
- Guillén, M. F. (1987) Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 37, 173-206.
- Gunter, R. W., & Whittall, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194-202.
- Gutek, B., Searle, S. & Klepa, L. (1991). Rational versus gender role expectations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76, 560-568.
- Haines, J., Williams, C. L., & Carson, J. M. (2002). Workplace phobia: Psychological and psychophysiological mechanism. *Journal of Stress Management*, 9, 129-145.
- Hall, D. T., & Hall, F. S. (1980). Stress and two-career couple. In C.L. Cooper & R. Payne (Ed.), *Stress at work*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hallal, P., Andersen, L., Bull, F., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646
- Hammig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal Public Health*, 54(2), 88-95.
- Harrington, M., Dawson, D., & Bolla, P. (1992). Objective and subjective constraints on women's enjoyment of leisure. *Society and Leisure*, 15, 203-221.

- Harrison, W. D. (1983). A social competence model burnout. En B.A.Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R. , Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ...Bauman, A.(2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercercises*, 39, 1423-1434.
- Health Canadá (2000) *Best advice on stress risk management in the workplace*. Recuperado <http://www.hc-sc.gc.ca/ewhsemt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php>
- Health Canadá (2001). *Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. Recuperado <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing-six-equilibre-six/sum-res-eng.php#box1> ¿?
- Hennig, J. (1994). *Die Bedeutung des psychologische sekretorischen immunoglobulina A Speichel im*. Münster: Waxmann.
- Hernández, D., Salazar, A., & Gómez, V. (2004). Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 107-123.
- Hernández, M., Fernández, C., Ramos, F., & Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 599-611.
- Hewlett, S. A. (2002). Executive women and myth of having it all. *Harward Business Review*, 80(4), 66-73.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. doi: 10.1037/1089- 2680.6.4.307
- Holloway, M. (1993). A lab of her own. *Scientific American Magazine*, 269(5), 94-103.

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Houdmont, J., & Leka, S. (2010). *Contemporary occupational health psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Houtman, I., Jettinghoff, K., & Cedillo, L. (2008). Sensibilización sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional. *Serie protección de la salud de los trabajadores*, 6. Ginebra: OMS.
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659.
- Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2011). Effects of psychological hardiness, job demands, and job control on sickness absence: A prospective study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 265-78.
- Ilies, R., Dimotakis, N., & de Pater, I. (2010). Psychological and physiological reactions to high workloads: Implications for well-being. *Personnel Psychology*, 63(2), 407 - 436.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2002). *Encuesta Anual de Estructura Salarial (EES)*. Mujeres y Hombres en España . Madrid: Autor Recuperado: <http://www.ine.es/prensa/np347.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2006a). *Encuesta Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2006b). *Encuesta Anual de Estructura Salarial (EES)*. Mujeres y Hombres en España 2006. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np525.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística, INE (2007) *Encuesta de Población Activa, EPA*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0307.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2009). *Encuesta Europea de Salud en España, EES09*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=%2Ft15/p420yfile=inebaseyL=0>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2010). *Encuesta Anual de Estructura Salarial (EES)*. Mujeres y Hombres en España 2010. Nº INE 387. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np741.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2011). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010*. Madrid: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2012) *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2011*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np714.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (1995). Artículo 4.7.de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *B.O.E.*, 269, 32590 – 32611. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.cop.es/listas/leyde.htm>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (1997). *Evaluación de Factores Psicosociales FPSICO*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2007). *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Madrid: Autor. Recuperada <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2007/index.htm>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2007). *VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Barcelona: INSHT.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2010). *VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2010/index.htm>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Autor. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2011). *Método de evaluación F-PSICO. Factores Psicosociales Versión 3.0*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=886e58055a35f210VgnVCM1000008130110aRCRDyvgnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, ISTAS (2002). *Manual de la versión media del método ISTAS-21 (CoPsoQ) de evaluación de riesgos psicosociales*. Madrid: Autor. Recuperado de: [http://www.istas.net/copsoq/ficheros/documentos/manual\\_metodo.pdf](http://www.istas.net/copsoq/ficheros/documentos/manual_metodo.pdf)

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, ISTAS (2011) *Encuesta de Riesgos Psicosociales en España*. Madrid: Autor.

International Labour Office (2004). *Breaking through the glass ceiling: Women in management*. Geneva: International Labour Office.

International Society of Sport Psychology – ISSP (1992). Physical activity and psychological benefits: A position statement. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 86-91.

Ipsos Loyalty (2008) *Barómetro de Clima Laboral Europeo Accor -2008*. Madrid: Ipsos Loyalty España.

- Izquierdo, M. <sup>a</sup> J., Río, O. del, & Rodríguez, A. (1988). *Las desigualdades de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Jacoby, E., Bull, F., & Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 223-225.
- Janisse, H., Nedd, D., Escamilla, S., & Nies, M. (2004). Physical activity, social support, and family structure as determinants of mood among European-American and African-American women. *Women Health*, 39(1), 101-116.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jimmieson, N. L., McKimmie, B. M., Hannam, R. L., & Gallagher, J. (2010). An investigation of the stress-buffering effects of social support in the occupational stress process as a function of team identification. *Group Dynamics. Theory, Research and Practice*, 14(4), 350-367.
- Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. Unpublished doctoral dissertation, John Hopkins University, Baltimore, MD.
- Johnson, J. V., & Hall, B. M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10) 1338-1342.
- Johnson, J. V., & Hall, B. M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S. Shumaler & S. Czajkowski. (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Baywood.
- Joint European Foundation (2006). *Working time and work-life balance: A policy dilemma? Background paper*. Bruselas: European Foundation for the



improvement of living and working conditions. Recuperado de  
[www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/96/en/1/ef0696en/pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/96/en/1/ef0696en/pdf)

Juárez-García, A. , Vera Calzaretta, A., Gómez Ortiz, V. , Canepa, C. , & Schnall, P.(2008) *.El Modelo Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud: Un Estudio en Tres Países Latinoamericanos*. Trabajo presentado en el 2º foro de las Américas en investigación sobre los factores psicosociales – estrés y salud mental en el trabajo. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México.

Kahn R., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, J., & Rosentbal, R. (1964). *Organizational stress studies in role conflict and ambiguity*. New York: John Wiley y Sons.

Kallus, K., & Kellmann, M. (2000). Burnout in athletes and coaches. In Y. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 209-230). Champaign, IL: Human Kinetics.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karasek, R. A. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide*. Lowell: University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment.

Karasek, R. A. (1997). Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In J.M. Stellman (Ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (pp.34.06-34.14), Geneva: ILO, International Labour Organization. Recuperado de:  
[http://www.ilo.org/safework\\_bookshelf/english?contentynd=857170416](http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?contentynd=857170416)

Karasek, R. A. (1998). The new work organization, conducive production and work quality policy. In M. Marmot & E. Ziglio (Eds.), *Labour market changes and job insecurity: A challenge for social welfare and health promotion* (pp. 78-105). Copenhagen: WHO/Europe Publication.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

- Kasl, S. V. (1996). The influence of the work environment on cardiovascular health: A historical, conceptual, and methodological perspective. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 42-56.
- Kasl, S. V. (1991) Assessing health risk in the work setting. In H.E. Schroeder (Ed.), *New directions in health psychology assessment* (pp. 95-125). Nueva York: Hemisphere Publishing.
- Kazdin, A. E. (1979) Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal Consulting Clinical Psychology, 47*, 725-733.
- Keeton, K., Fenner, D.E., Johnson, T. R., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance and burnout. *Obstetrics Gynecology, 10*(4), 949-55.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review, 49*, 620-631.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M., & Siegrist, J. (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models? *Occupational Environmental Medicine, 64*(10), 659-65.
- Kohl, H. W, Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., ... Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet, 380*, (9838), 294-305. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60898

- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Linna, A., & Vahtera, J. (2005). Job strain and leisure-time physical activity in female and male public sector employees. *Preventive Medicine*, 41(2), 532-539.
- Kristensen, T. S. (1995). The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, 11, 17-26.
- Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretical critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 246-260.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., & Marmot, M. (2002). When reciprocity fails: Effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occupational Environment Medicine* 59(11), 777-784. doi: 10.1136/oem
- Labrador, F. J. (1993). *Estrés*. Eudema. Madrid.
- Lander, F., Friche, C., Tornemand, H., Andersen, J. H., & Kirkeskov, L. (2009). Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Mental Health*, 9, 372.
- Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Belkic, K. L., Baker, D., Schwartz, J. E., & Pickering, T. G. (2003). The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 265-287). Washington, DC, USA: APA.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.H. Shilen (Ed.) *Research in psychotherapy*, Vol.3, (pp.90-103). Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1971). The application of psychological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E Bergin & S.L. Gardfield(Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Willey.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental Stress. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Ed.), *Human behavior and environment* (Vol. 2). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Johnson, K., & Gregor, K. (2010). Perceived physical health and heart-focused anxiety among daily adult cigarette smokers: Associations with affect-relevant smoking motives and outcome expectancies. *Cognitive Behavior Therapy*, 39, 11-23.
- Linehan, M. (2002). Senior international managers. Empirical evidence from Western Europe. *International Journal of Human Resources Management*, 13, 802-814.
- Linehan, M., Comtois, K., Brown, M., Reynolds, S., Welch, S., Sayrs, J. et al. (2002). DBT vs. non behavior treatment by experts in the community: Clinical outcomes at one year. In S.K.Reynolds (Ed.), *The University of Washington study for borderline personality disorders: DBT vs. non-behavioral treatment by experts in the community*. Reno, NV: Association for the Advancement of Behavior Therapy.
- Linehan, M., & Walsh, J. S. (2000). Work-family conflict and the senior female international manager. *British Journal of Management*, 11, 49-58.
- López, E., & García-Retamero, R. (2009). Mujeres y liderazgo: ¿discapacitadas para ejercer el liderazgo en el ámbito público? *Feminismo/s*, 13, 85-104.
- López, M., Gozalo, A., Mingote, C., & Borobia, C. (2008) Indicadores bioquímicos y pruebas isométricas en fibromialgia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 213,47-66.

- Losiak, W. (2002). Trait anxiety and coping in anxiety relevant situation. *Ansiedad y Estrés*, 8, 1 - 12.
- Lozano, M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J.,...De la Fuente, E. I. (2007). Descripción de los niveles de burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36(1) 79-88.
- Luceño, L. (2005). *Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. Construcción y validación del Cuestionario Multidimensional DECORE*. (Tesis doctoral). Madrid: Editorial Complutense.
- Luceño, L., & Martín, J. (2005). Estrés laboral: factores estresantes y adaptación. En J.L. Arco Tirado (Ed.), *Estrés y trabajo: cómo hacerlos compatibles* (pp.45-65). Sevilla: Instituto Andaluz de Administraciones Públicas.
- Luceño, L., & Martín J. (2008). *DECORE. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: Ediciones TEA.
- Luceño, L., Martín, J., Díaz, E., & Rubio, S. (2008). Un instrumento de evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral, el Cuestionario DECORE. *EduPsyke*, 7(2), 131-153.
- Luceño, L., Martín, J., Jaén, M., & Díaz, E. (2006). Factores psicosociales y rasgo de ansiedad como predictores de estrés y satisfacción. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 89-97.
- Luceño, L., Martín, J., Miguel Tobal, J. J., & Jaén, M. (2006/5). El cuestionario multidimensional DECORE: un instrumento para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 189-202.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., & Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *EduPsykhé*, 3(1), 95-108.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., & Díaz, E. (2010). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3) 237-248.

- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., & Jaén, M. (2008). Psicología y Riesgos Laborales emergentes, los riesgos psicosociales. *EduPsykhé*, 7(2), 111-129.
- Luceño, L., Rubio, S., Díaz- Ramiro, E., & Martín, J. (2010). Percepción de riesgos psicosociales en distintas muestras de trabajadores españoles. *EduPsykhé*, 9(1) 119-141.
- Lundberg, U., & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high- ranking positions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 142-151.
- Lundberg, U., Mardberg, B., & Frankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 315-327.
- Luque, B. (2008). El itinerario profesional de las mujeres jóvenes: una carrera de obstáculos. *Anuario de Psicología*, 39(1), 101-107.
- Macías, M. D., Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., Cueto-Espinar, A., Rancaño, I., & Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo “desequilibrio esfuerzo-recompensa”. *Medicina Clínica de Barcelona*, 120(17), 652-657.
- Manassero, M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J., & Fernández, M. C. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Ediciones UIB.
- Mansdotter, A., Lindholm, L., Lundberg, M., Winkvist, A., & Öhman, A. (2006) Parental share in public and domestic spheres: A population study on gender equality, death, and sickness. *Journal Epidemiology Community Health*, 60(7), 616–620. doi: 10.1136/jech.2005.041327
- Mansilla Izquierdo, F. (2010). El síndrome de burnout o quemarse en el trabajo. En F. Mansilla Izquierdo (Ed.) *Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: teoría y*

práctica (57-82). Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>

Manzano, G. (2001) Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Revista de Dirección, Organización y Administración de Empresas*, 25, 148-159.

Manzano, G. G., & Ramos, C. F. (2001). *Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarías*. Interpsiquis (2). Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/enfermeria/1243/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/1243/)

Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatria*, 91,37-61.

Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista Psicología General y Aplicada*, 48(1-2) ,185-205.

Martín del Río, B., Solanes Puchol, A., & Moliner Cantos, C. (2008) *Diferencias entre hombres y mujeres en factores de riesgos psicosociales laborales y sus efectos sobre la salud en una muestra homogénea*. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional sobre Género, Trabajo y Economía Informal. Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. Recuperado de <http://ve.umh.es/sieg.1/docs/ICongresoInternacional/comunicaciones/sciv13.pdf>

Martín-Daza, F., & Pérez-Bilbao, J. (1997). NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Barcelona: INSHT.

Martín, J. (1999). Estrés y competitividad. *Cuadernos de relaciones laborales*, 15, 181-199.

- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M., & Rubio, S., (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del Cuestionario Multidimensional DECORE y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martínez, I., Cifre, E., & Salanova, M. (1999). Validación de un instrumento de estrés de rol en un contexto de innovación tecnológica. *Ansiedad y Estrés*, 5(1), 1-121.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P. R., & Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica*, 91/92, 32-42.
- Maslach, C. (1977) *Burnout: A social psychosomatic analysis*. Paper Presented at the Meeting of American Psychological Association, San Francisco.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984) Burnout in organizational settings. In S.Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual*, 5 (pp.133- 153). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A., & Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46(11), 1417-1424.
- Mattingly, M. J., & Bianchi, S. M. (2003). Gender differences in the quantity and quality of free time: The US experience. *Social Forces*, 81(3), 999-1030.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.



- Matud, M. P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- Matud, M.P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- Maudgalya, T., Wallace, S., Daraiseh, N., & Salem, S. (2006). Workplace stress factors and 'burnout' among information technology professionals: A systematic review. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(3), 285-297.
- McDowell, L. (1997). *Capital culture: Gender at work in the city*. Oxford: Blackwell. .
- McGinnis, J. M., & Folge, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*. Nueva York: Holt, Rinehart Winston.
- McLafferty, C., Wetzstein, C., & Hunter, G. (2004). Resistance training is associated with improved mood in healthy older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 93(3), 947-957.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R., (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity, and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- McLean, P. D. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- Meil, G. (1997). La redefinición de la división del trabajo doméstico en la nueva familia urbana. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 87, 69-93.
- Meil, G. (2005). El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 111, 163-179.
- Meil, G. (2006). Welfare policies, Work and family lives in modern Spain. In G. Rossi, (Ed.), *Reconciling family and work: New challenge for social policies in Europe* (pp 37-58). Milan: Franco Angeli.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119-1129.
- Mercer (2008). *II Estudio Paneuropeo de Beneficios de Salud en la Empresa*. New York : Mercer Consulting.
- Merín-Reig, J., A., Cano-Vindel, M., & Miguel-Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención / Occupational stress: Theoretical back-ground and intervention framework. *Ansiedad y Estrés* 1, 113-130.
- Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict: A metanalytic examination life. *The Journal of Vocational Behavior*, 67, 215-232.
- Miguel, I., Schweiger, O., Mozas, J.M., & Hernández, J. M. (2011) Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 589-604.
- Miguel -Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.), *Tratado de Psicología General, Vol.8, Motivación y Emoción* (pp.- 309-344). Madrid: Alhambra Universidad.

- Miguel -Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1992). *Anxiety manifestations in different anxiety disorders*. Paper presented at the XXV International Congress of Psychology, Brussels.
- Miguel -Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 37-60.
- Miguel- Tobal, J. J., & Cano- Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones de respuestas de ansiedad (ISRA)*: Manual (5 rev.ed.). Madrid: TEA.
- Miguel -Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2007). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*: Manual (6 rev. ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Casado, M. I. (1999). Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. Emociones y salud. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 91-123).Madrid: Ariel.
- Milkman, R. (1987). *Gender at work: The dynamics of job segregation by sex during world war II*. Illinois: University of Illinois Press.
- Mingote, J. C. (2001). *La medicina psicosomática desde una perspectiva de género*. En AAVV, I1 Jornadas de Salud Mental y Género (pp.31-34). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011) *Informe anual 2010 del Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)*. Madrid: Autor. Disponible
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012). *Informe anual 2012 del Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2008). *Uso de benzodiacepinas en España (1992-2006)*. (Datos e informe de la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios). Madrid: Autor. Recuperado de

[http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos\\_hipnoticos.pdf](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (Edades) 2009/2010*. Madrid: Autor.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.

Misra, R., Crist, M., & Burant, C. (2003). Relationships among life stress, social support, academic stressors, and reactions to stressors of international students in the United States. *International Journal Stress Management*, 10(2) 137-157.

Misra, R., McKean, M., West, S., & Russo, T. (2000). Academic stress of college students: Comparison of students and faculty perceptions. *College Students Journal*, 34, 236-245.

Mitoma, M., Yoshimura, R., Sugita, A., Umene, W., Hori, H., Nakano, H.,...Nakamura, J. (2008). Stress at work alters serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels and plasma 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG) levels in healthy volunteers: BDNF and MHPG as possible biological markers of mental stress? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 679-685.

Moen, P., Kelly, E., Tranby, E., & Huang, Q. (2011). Changing work, changing health: Can real work-time flexibility promote health behaviors and well-being? *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 404-429.

Molinero, O., Martínez, R., Garatechea, N., & Márquez, S. (2010). Pautas de actividad física de adolescentes españolas: Diferencias de medias por participación deportiva y el día de la semana. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 103-116.

Moncada, S., & Llorens, C. (2006). NTP 703: *El método COPSQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales*. Madrid: INSHT.

Moncada, S., Llorens, C., Font, A., Galtés, A., & Navarro, A. (2008) Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): Valores de

- referencia de las 21 dimensiones del cuestionario Copsoq, ISTAS21. *Revista Española Salud Pública*, 82, 667-675.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro A. C., & Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Prevención de Riesgos Laborales*, 8(1), 18-29.
- Montero, I., Aparicio, D., Gomez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vazquez –Barquero, J. L. (2004) Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-181. Recuperado de <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Moreno, M. E., Clemente, E., Piñero, M. J., Martínez, M. R., Alonso, F., & Rodríguez, F. J. (2000) Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria*, 26, 554-558.
- Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Zimering, R. T. (2007). Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychological Bulletin*, 133, 245-272.
- Meaning of Working [MOW] International Research Group (1987). *The Meaning of working: An International View*. London: Academic Press.
- Meaning of Working [MOW] International research Group (1991). The meaning of work. *European Work and Organizational Psychologist*, 2 -3, 125-133.
- Moya, M., & Lemus, S. (2004) Superando barreras: Creencias y aspectos motivacionales relacionados con el ascenso de las mujeres a puestos de poder. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57(2), 225-242.

- Murphy, L. M. B., Thompson, R. J. J., & Morris, M. A. (1997). Adherence behaviour among adolescents with Type I insulin-dependent Diabetes Mellitus: The role of cognitive appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 811-825.
- Muschala, B., Linden, M., & Olbrich, D. T. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety. A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 366-71. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.02.001
- Nakao, M., Tamiya, N., & Yano, E. (2005). Gender and somatosensory amplification in relation to perceived work stress and social support in Japanese workers. *Women Health*, 42(1), 41-54.
- Narocki, C., Zimmermann, M., Artazcoz, L., Gimeno, D., & Benavides, F. (2007). *Estudio comparado de las encuestas sobre condiciones de trabajo y salud realizadas en España*. España: Observatorio de Salud Laboral.
- Näswall, K., Hellgren, M., & Sverke, M. (2008). *The individual in the changing working life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH(1999). *Stress at Work*. DHHS (NIOSH) Publication No. 99-101. Cincinnati, OH: Author.
- National Institutes of Mental Health, NIMH (2009). *Research shows how chronic stress may be linked to physical and mental ailments*. Washington, DC: Autor.  
Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2009/research-shows-how-chronic-stress-may-be-linked-to-physical-and-mental-ailments.shtml>
- Nerín, I. (2005) El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Archivos de Bronconeumología*, 41, 360-362.
- Nerín, I., & Jané, M. (2010). Políticas de género de ámbito global en el control y la prevención del tabaquismo. *Salud Pública Mexicana*, 52(2), 304-314.

- Netz, Y., Wu, M., Becker, B. J. , & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging, 20*, 272-284.
- Newman, M. G., & Anderson, N. L. (2007). A review of basic and applied research on generalized anxiety disorder. *Revista Argentina de Clinica Psicologica, 16*(1), 7-20.
- Niaura, R., Shadel, W. G., Britt, D. M., & Abrams, D. B. (2002). Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addictive Behaviors, 27*, 241– 250.
- Nicholson, R. J., & D'Auria, D. A. (1999). Shift work, health, the working time regulations and health assessment. *Occupational Medicine, 49*, 127-137.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M., (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine-Oxford, 60*(4), 277 - 286.
- Nogareda, C. (1994). *Fisiología del estrés. NTP355*. Madrid: INSHT.
- Nogareda, C., & Almodovar, A.(2006). *El proceso de evaluación de los Factores Psicosociales. NTP702*. Madrid: INSHT.
- Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C., & Larson, J. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(5), 1061-1072.
- Nordenmark, M. (2004). Does gender ideology explain differences between countries regarding the involvement of women and of men in paid and unpaid work? *International Journal of Social Welfare, 13*, 233–243. doi: 10.1111/j.1369-6866.2004.00317.x
- O'Neill, J. W., & Xiao, Q., (2010). Effects of organizational/occupational characteristics and personality traits on hotel manager emotional exhaustion. *International Journal of Hospitality Management, 29*(4), 652 - 658.

- Observatorio de Riesgos Psicosociales UGT (2010) *Anuario internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo. Regulación de los Riesgos Psicosociales en la Sociedad Global: Una perspectiva comparada entre Europa y América*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral UGT-CEC Recuperado de <http://www.ugt.es/saludlaboral/observatorio/publicaciones/anuarios/anuario2010.pdf>
- Observatorio de Salud de la Mujer (2006) *Informe sobre Salud y Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=nolUi9-f0E4%3Dytabid=17485ylanguage=ca-ES>
- O'Campo, P., Eaton, W., & Muntaner, C. (2004). Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: Results from a prospective analysis of US employed women. *Social Science Medicine*, 58(3), 585-94.
- Ogus, E. D. (2008). Burnout among professionals: Work stress, coping and gender. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 48-76.
- Okuno, K., Yoshimura, R., Ueda, N., Ikenouchi-Sugita, A., Umene-Nakano, W., Hori, H., ... Nakamura, J. (2011). Relationships between stress, social adaptation, personality traits, brain-derived neurotrophic factor and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol plasma concentrations in employees at a publishing company in Japan. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 326 - 332.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 183-204.
- Olivares, V. E., & Gil-Monte, P. R. (2007). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Información Psicología*, 91, 43-52.



- The Organisation for Economic Co-operation and Development , OCDE (2011), *Society at a Glance 2011 - OECD Social Indicators*. Paris: Autor. Recuperado de ([www.oecd.org/els/social/indicators/SAG](http://www.oecd.org/els/social/indicators/SAG))
- Organización de Consumidores y Usuarios, OCU (2005). *Encuesta sobre el estrés*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ocu.org/consumo-familia/nc/articulo/encuesta-sobre-el-estres>
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (1986). *Introduction to work study*. Ginebra: Autor.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (1998). *Proyecto Tecnología de la información, participación de los trabajadores y dialogo social* (INT/97/M01/ITA). Ginebra: Autor. Recuperado de <http://training.itcilo.it/atravcdrom2/es/osh/>
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (1999). *Trabajo decente*. Memoria del Director General a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2000). *Informe sobre la obesidad para prevenir y controlar la epidemia global* (Technical series 894). Ginebra: Autor
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) *La Organización Mundial de la Salud afirma que el tabaco es malo para toda la economía*. Ginebra: Autor
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Ginebra: Autor. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf)
- Osborne, R. (2008). Desigualdad y relaciones de género en las organizaciones: diferencias numéricas, acción positiva y paridad. En Puleo, A. (Ed.), *El reto de la*

*igualdad de género: nuevas perspectivas en ética y filosofía política* (pp.101-124).

Madrid: Biblioteca Nueva.

Osca, A. (2009) *La conciliación familiar y laboral como alternativa al absentismo*.

Infocop online. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2245](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2245)

Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P., & Peiró, J. M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales.

*Psicothema*, 15(1), 54-57.

Otero, J.M. (2003). *El deporte andaluz en cifras 2002*. Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte, Observatorio del Deporte Andaluz.

Ovejero, A. (2006). El mobbing o acoso psicológico en el trabajo: una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22, 101-121.

Padilla, J. L., González, A., & Pérez, C. (1985). Elaboración del cuestionario. En A. J. Rojas, J. S. Fernández y C. Pérez. (Eds.), *Investigación mediante encuestas* (pp.114-153). Madrid: Síntesis.

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine*, 29, 167-180.

Pando, M. M., Bermúdez, D., Aranda, B. C., & Pérez, C. J. (2000). El síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Salud y Trabajo*, 1(1), 12-15.

Pando-Moreno, M. J., Castañeda-Torres, T. J., Gregoris-Gómez, M., Aguila-Marin, A., Ocampo-de-Águila, L., & Navarrete, R. (2006). Factores psicosociales y síndrome de burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemejac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12, 523-529.

Pardo, A., & Ruiz, M. (2002). *SPSS11. Guía para el análisis de datos*. 1ª edición. Madrid: McGraw-Hill.

- Patterson, B. L. (1992). Job experience and perceived job stress among police, correctional, and probation/parole officers. *Criminal Justice and Behaviour*, 19, 260-285.
- Peiró, J. M. (1983). *Psicología de las Organizaciones*, Vol.2. Madrid: UNED.
- Peiró, J. M. (1989). Desempleo juvenil y socialización para el trabajo. En J.R. Torregrosa, J. Berger y J.L. Álvaro (Eds.), *Juventud, trabajo y desempleo: un análisis psicosociológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema
- Peiró, J. M. (1999). El modelo "AMIGO": marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 72, 3-15.
- Peiró, J. M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Pejtersen, J. H, Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scandinavian Journal Public Health*, 38(3), 8-24.
- Penner, L. A., Albrecht, T. L., Coleman, D. K., & Norton, W. E. (2007). Interpersonal perspectives on Black-White health disparities: Social policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 1, 63-98.
- Pérez, G., & Gallego, Y. (2006) *Batería MC-UB de evaluación de riesgos psicosociales en la pequeña y mediana empresa*. Trabajo presentado a la 5ª Jornada Nacional de Ergonomía y Psicosociología, Avilés.
- Perrewe, P. L., & Carlson, D. S. (2002). Do men and women benefit from social support equally? Results from a field examination within the work and family context. In D. L. Nelson & R. J. Burke (Eds.), *Gender, work stress and health*, (pp. 101-114). Washington, DC: American Psychological Association.

- Petruzzello, S. J., Landers, D., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11(3), 143-188.
- Phillips, K. A., & First, M. B. (2009). Introducción. In W.E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka & D. A. Regier (Eds.). Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico (pp. 3-6) Barcelona: Elsevier Masson.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Khyshegye, J.,...Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self-rated health in four postcommunist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 624-630.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Piñuel, I. (2004). *Neomanagement: Jefes tóxicos y sus víctimas*. Madrid: Aguilar.
- Plaisier, I., de Bruijn, J., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A., & Penninx, B. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science y Medicine*, 64(2), 401-410.
- Poggio, B. (2000). Between bytes and bricks: Gender cultures in work contexts. *Economic and Industrial Democracy*, 21(3), 381-402.
- Pollán, M., Idoate, V. M., & Gabari, I. (1992). El estrés entre los profesionales de enfermería. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 22, 6-12.
- Puricelli, O., Callegari, S., Pavacci, V., Caielli, A., & Raposio, E. (2008). Correlazioni tra ansia e burnout nelle professioni sanitarie. / Connection between anxiety and burnout in health professions. *Minerva Psichiatrica*, 49(4), 255-266.

- Raya, A. F., Moriana, J. A., & Herruzo, J. (2010). Relación entre el síndrome de burnout y el patrón de conducta tipo A en profesores. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 61-70.
- Remor, E., & Pérez-LLantada, M. C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 313-322.
- Reskin, B. F., & Padavic, I. (1994). *Women and men at work*. Thousand Oaks, California: Pine Forge Press.
- Rodríguez, A. (1992): *Psicología de las Organizaciones: Teoría y método*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.
- Rodríguez, A., & Larrañaga, M. (2002). *El trabajo de las mujeres: Claves para entender la desigualdad laboral*. Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer. Eusko- Jaurilaritza: Gobierno Vasco.
- Rodríguez, G., García, M., Castañeda, R., Urbanos, R., de la Cruz, O., & López, P. (2011). *Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010*. Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT. Recuperado de: [http://www.ugt.es/saludlaboral/publicaciones/01\\_enfermedadesmentales.pdf](http://www.ugt.es/saludlaboral/publicaciones/01_enfermedadesmentales.pdf)
- Rodríguez, M. C., Peña, J. V., & Torío, S. (2010). Corresponsabilidad familiar: negociación e intercambio en la división del trabajo doméstico. *Papers Revista de Sociología*, 95(1), 95-117.
- Roesler, U., Jacobi, F., & Rau, R. (2006). Work and mental disorders in a German national representative sample. *Work and Stress*, 20(3), 234-244.
- Rohlfs, I., de Andrés, J., Artazoz, L., Ribalta, M., & Borrell, C. (1997). Influencia del trabajo dentro y fuera de la casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Medicina Clínica*, 108, 566-571.
- Rohrmann, S., Bechtoldt, M. N., Hopp, H., Hodapp, V., & Zapf, D. (2011). Psychophysiological effects of emotional display rules and the moderating role of trait anger in a simulated call center. *Anxiety, Stress and Coping*, 24(4), 421 - 438.

- Rohrmann, S., Hennig, J., & Netter, P. (2000). Trait Anxiety – Possible Consequences for Health. *German Journal of Psychiatry*, 3(3), 19-25.
- Román, J., Romero, R., & Ramírez, A. (2003). Necesidad de control sobre el trabajo como factor de riesgo de hipertensión arterial. *Psicología y Salud*, 13, 23-46.
- Romero- Rodenas, J. (2005). El estrés laboral como factor desencadenante de los riesgos psicosociales. Su posible protección en el ámbito de la empresa: Especial referencia al Acuerdo Europeo sobre el estrés laboral. *Justicia Laboral*, 22, 13.
- Romo, N., Gil E., Póo, M., Meneses, C., Markez, I., & Vega, A. (2003). *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., & Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. In S. Leka & T. Cox (Eds.), *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF* (pp. 17-36). Nottingham: I-WHO.
- Rosa-Jiménez, F. R., Montijano, A. M., Herráiz, C. I., & Zambrana, J. L. (2005) Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Anales de Medicina Interna*, 22(11), 515-519.
- Rose, A. J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, 73, 1830–1843.
- Rowlands, R. (2008). Stress gender. *Occupational Health*, 60(6), 26-27.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J.R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136-1146.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. A. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), 605-628.

- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecno estrés: El rol de las creencias de la eficacia. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 225-246.
- Salanova, M. (2005). Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 14, 22-32.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I. M., Llorens, S., & Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. In S. Clarke, C. Cooper & R. Burke (Eds.), *Occupational health and safety: Psychological and behavioral challenges* (pp. 295-320). Farnham, England: Gower.
- Salanova, M., Gracia, F. J., & Peiró, J. M. (1996). Significado del trabajo y valores laborales. En J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.), *Tratado de psicología del trabajo. Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martinez, I. M. (2006) Metodología RED-WONT. En J. L. Melia, C. Nogareda, M. Lahera, A. Duro, J. M. Peiró, R. Pou, M. Salanova, D. Gracia, J. M. Bona, J.C. Bajo y J.F. Martinez-Losa (Coord.), *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales: evaluación de riesgos* (pp.131-154) Barcelona: Foment del Treball Nacional.
- Salanova, M., Peiró, J. M. & Schaufeli, W.B. (2002). Self-efficacy Specificity and Burnout among Information Technology Workers: An extension of the Job Demands-Control Model. *European Journal on Work and Organizational Psychology*, 11, 1-25.
- Salanova, M., Prieto, F., & Peiró, J. M. (1993). El significado del trabajo: una revisión de la literatura. En J. M. Peiró, F. Prieto, J. Bravo, P. Ripoll, I. Rodríguez, P. Hontangas y M. Salanova (Eds.), *Los jóvenes ante el primer empleo: el significado del trabajo y su medida*. València, España: Nau Llibres.
- Sánchez Anguita, A., Conde, J., de la Torre, J., & Pulido, M. F. (2008). Ansiedad y satisfacción laboral en trabajadoras sanitarias. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 55-69.

- Sánchez Herrero, S. (2008). La importancia de la perspectiva de género en la psicología del ocio. *Anales de Psicología*, 24(1),64-76.
- Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 15, 223-252.
- Sánchez-López, M. P. (2003). *La personalidad de la mujer*. En M.P. Sánchez (Dir.) *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos. *¿bien citado?*
- Sánchez-López, M. P., & Aparicio, M. (2001). Estilo de vida: avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos psicológicos. *Revista de Psicología*, 19, 5-26.
- Sánchez López, M.P., Aparicio García, M. E., & Dresch, V. (2006) Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18 (3) ,584-590.
- Sánchez López, M. P., Dresch, V., & Aparicio García, M. E. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica: diferencias según sexo y condición de trabajo. *Praksis*, 2(3), 76-85.
- Sánchez-Nieto, J. M. (2012). Frecuencia del burnout en policías de la ciudad de México. *Liberabit*, 18(1), 59-74.
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de Género: Documento Marco*. Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia.
- Sandín, B. (1989).Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Moreno (Ed.), *Procesos emocionales y salud* (pp. 45-72). Madrid: Universidad Nacional a Distancia.
- Sanz, R., Miguel-Tobal, J. J., & Casado, M. I. (2011). Sesgo de memoria en los trastornos de ansiedad - Memory bias in anxiety disorders. *Clínica y Salud* ,22(2), 187-197.



- Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A., & Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Revista de Psicología Social*, 17(2), 167-182.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job Demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M.J.Schabracq, J.A. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*. West Sussex, England: John Wiley y Sons Ltd.
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. (1994) Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.
- Schonfeld, I. S. (2001). Stress in 1st-year women teachers: The context of social support and coping. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 127(2), 133-68.
- Schultz, D.P. (1985). *Psicología Industrial* (3ed.) México: McGraw-Hill.
- Schwartz, J. A., & Koenig, L. J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 13-36
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y enfermería*, 2, 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Scott, L. J, Mohlke, K. L, Bonnycastle, L. L, Willer, C. J, Li, Y., Duren, W. L.,... Boehnke, M. (2007) A genome-wide association study of type 2 diabetes in Finns detects multiple susceptibility variants. *Science*, 316 (5829), 1341-1345.
- Segrec, N., Delic, M., & Pregelj, P. (2008). Patients with anxiety disorders, stress related disorders and somatoform disorders in the Psychiatric emergency out-patient clinic. *Psychiatria Danubina*, 20(2), 220-223.

- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Adaptación española. Madrid: Ediciones TEA.
- Selva, C., Pallarès, S., & Sahagún, M. A. (2011). *Sobre la trayectoria de la mujer directiva. Una visión teórica*. Training and Development Digest Online. Recuperado de: <http://www.tdd-online.com/noticia/908/DIRECCIÓN/> ISSN 1137-2230
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. New York: Harper y Row, Inc.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. M.A.: Butterworth.
- Serrano, M. A., Moya-Albiol, L., & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25, 150-159.
- Sherman, G. D., Lee, J. J., Cuddy, A. J. C., Renshon, J., Oveis, C., Gross, J. J., & Lerner, J. (2012). *Leadership is associated with lower levels of stress*. California, Los Angeles, CA: Proceedings of the National Academy of Sciences. doi /10.1073/pnas.1207042109
- Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychology*, 27, 567-575.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: Theory, empirical support and implications for prevention. In Cooper, C. L. (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp.190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, J., & Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. In P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis & D. Baker (Eds.), *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15, 7-68.

- Siegrist, J., Starke, T., Chandola, I., Godin, M., Marmot, I., Niedhanmer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparison. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Simon, R. W., & Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1177.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99, 611-625.
- Smith, C., Folkard, S., & Fuller, J. (2003) Shiftwork and working hours. In J. Campbell & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, D.C.: APA.
- Snyder, C. R. (2001). *Coping with stress: Effective people and processes*. New York: Houghton Mifflin.
- Sobejano I., Moreno, C., Viñes, J. J., Grijalba, A., Amézqueta, C., & Serrano, M. (2009). Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 127-132. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200009&lng=es)
- Söderfelt, M. (1997). *Burnout?* Dissertation, School of Social Work, Lund University, Lund (Sweden).
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Sonnentag, S., & Bayer, U. (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 393-414.

- Sonnentag, S., Brodbeck, F. C., Heinboker, T., & Stolte, W. (1994) Stressor burnout relationship in software development teams. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 327-341.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. (1987) .Women, work and health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235–251.
- Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160-178.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and Research on Anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1).New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E.(1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R.(1999). *Job stress survey: Professional manual*. Odessa, FL. Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Vagg ,P. R., Catalina, C. (2010). *Job Stress Survey Cuestionario de Estrés Laboral*. Adaptación española. 1ª ed. Madrid. TEA Ediciones.

- Spielberger, C. D., Vagg, P. R., & Wasala, C. F. (2003). Occupational stress: Job pressures and lack of support. In J. C. Quick. & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, D.C.: APA.
- Stansfeld, S. A., Bosman, H., Hemingway, H., & Marmot, M. G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 247-255.
- Stansfeld, S. A., & Candy, B. (2006) Psychosocial work environment and mental health. A meta-analytic review. *Scandinavian Journal Work Environ Health*, 32(6), 443-62.
- Stansfeld, S. A., & Marmot, M. G. (2002). *Stress and the heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease*. London: BMJ Books.
- Stege, U., & Lochmann, H. D. (2001). Trabajar bajo la presión del estrés: la nueva gestión global, asuntos de élite, comentarios y evaluaciones. *Capital Humano*, 152, 76-80.
- Stenlund, T., Ahlgren, C., Lindahl, B., Burell, G., Knutsson, A., Stegmayr, B. et al. (2007) Patients with burnout in relation to gender and a general population. *Scandinavian Journal Public Health*, 35(5), 516-23.
- Stevens, E. A., & Prinstein, M. J. (2005). Peer contagion of depressogenic attributional styles among adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 25-37.
- Storr, C. L., Cheng, H., Alonso, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., de Girolamo, G. et al., (2009). Smoking estimates from around the world: Data from the first 17 participating countries in the World Mental Health Survey Consortium. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tc.2009.032474
- Sweeting, H., & West, P. (2003). Sex differences in health at ages, 11, 13 and 15. *Social Science and Medicine*, 56, 31-39.

- Szabo, S. (1998). Hans Selye and the development of the stress concept. In P. Csemerly (Ed.). *Stress of life from molecules to man. Annals of the New York Academy of Sciences*, 851, 819.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(2), 285-290. doi: 10.1037/h0056264
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9-26.
- Thogersen-Ntoumani, C., Fox, K. R., & Ntoumanis, N. (2005). Relationships between exercise and three components of mental well-being in corporate employees. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 609-627.
- Thorntwaite, L. (2004). Working time and work-family balance: A review of employees' preferences. Asia Pacific. *Journal of Human Resources*, 42, 166-184.
- Tobío, C. (2002). Conciliación o contradicción: Cómo hacen las madres trabajadoras. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97, 155-186.
- Tobío, C. (2005). *Madres que trabajan: dilemas y estrategias*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer.
- Tomei, G., Rosati, M.V., Ciarrocca, M., Capozzella, A., Pimpinella, B., Casale, T.,...Tomei, F. (2006). Anxiety, musculoskeletal and visual disorders in video display terminal workers. *Minerva Medicine*, 97(6), 459-466.
- Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, R., & Zumalabe, J. M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: Un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, 14(2), 215-220.

- Turner, N., Chmiel, N., Hershcovis, S., & Walls, M. (2010). Life on the line: Job demands, perceived co-worker support for safety, and hazardous work events. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(4), 482-493.
- Unda, S., Sandoval, J. I., Gil-Monte, P. R. (2007/8) Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos. *Informació Psicológica, 91/ 92*, 53-63.
- Unión Europea –UE (2009) *Informe sobre la igualdad entre mujeres y hombres en la Unión Europea 2009/2101(INI)*. Parlamento Europeo: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género.  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2012-0041&language=ES>
- United States Department of Health and Human Services (DHHS). (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Washington, DC: DHHS.
- Valls-Llobet, C., Ojuel Solsona, J., López Carrillo, M., & Fuentes Pujol, M. (2007) Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. En Observatorio de salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo\\_04.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf)
- Vázquez-Barquero, J. L., García, J., Artal, J., Iglesias, C., Montejo, J., Herrán, J., et al. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry, 170*, 529-535.
- Vedsted, P., Fink, P., Olesen, F., & Munk-Jorgensen, P. (2001). Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: A cohort study. *Psychosomatics, 42*, 415-422.

- Ventruì, P., Dell'èrba, G., & Rizzo, F. (1994). Disagio mentale, uso di psicofarmaci e malettie psicosomatiche in due gruppi di soggetti a rischio per la síndrome del burnout. *Minerva Psichiatrica*, 35, 155-167.
- Verbrugge, L. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 16-30.
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4), 428-440.
- Villaverde, M. L., Gracia, R., de la Fuente, J., González de Rivera, J. L., & Rodríguez Pulido, F. (1993). Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En J. L. González de Rivera, F. Rodríguez Pulido y A. Sierra (Ed.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp.187-199). Barcelona: Masson/Salvar.
- Virtanen, M., Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Ferrie, J. E., & Kivimäki, M. (2012) . Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-Year Follow-Up of the Whitehall II Study. *PLoS ONE* 7(1): e30719. doi:10.1371/journal.pone.0030719
- Wainerman, C. (2003). *Familia, trabajo y género: Un mundo de nuevas relaciones*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Walters ,V., Denton, R., French ,S., Eyles, J., Mayr, J., & Newbold, B. (1996).Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science Medicine*, 43, 1627-1636.
- Wang, J. L. (2006). Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 541-548.
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2008). The relationships between work stress and mental disorders in men and women: Cross-sectional findings



- from a population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(1), 42-47.
- War P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 11-28.
- Weinert, A. B. (1985): *Manual de Psicología de la Organización. La conducta humana en las Organizaciones*. Barcelona: Herder.
- Wemme K. M., & Rosvall, M. (2005). Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community*, 59, 377-379.
- Westman, M. (2001). Stress and strain crossover. *Human Relations*, 54, 557-591.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Work stress and health. *Health Reports*, 10, 47-63.
- Wilkinson, I. (2001). *Anxiety in a Risk Society*. Routledge: London.
- Wisner, K. L., & Dolan-Sewell, R. (2009). ¿Por qué tiene importancia el género? En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 7-17). Barcelona: Elsevier Masson.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Wong, S., & Goodwin, R. (2009). The impact of work on marriage in three cultures: A qualitative study. *Community, Work and Family*, 12(2), 213-232.  
doi:10.1080/13668800902778975
- Wood, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 213-231.

- Woodman, C. L., Noyes, R., Black, D. W., Schlosser, S., & Yagla, S. J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 3-9.
- World Health Organization, WHO (2002). *Sedentary lifestyle: A global public health problem*. Geneva: Autor. Recuperado de:  
[http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information\\_sheets/sedentary/en/print.html](http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/sedentary/en/print.html)
- The World Bank (2012). *World Development Report: Gender equality and development*. Whashington: Autor. Recuperado de:  
<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936222006/Complete-Report.pdf>
- Yanes, L. (2003). El trabajo como determinante de la salud. *Revista Salud de los Trabajadores* 11, 1-22.
- Yonkers, K. A., Narrow, W.E., & Halmi, K. A., (2009). Factores de validación clínica de los diagnósticos. Expresión sintomática, curso y tratamiento. En W.E. Narrow, M.B. First P. J. Sirovatka y D. A. Regier (Eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.

## ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice A: Cuestionario de datos biográficos del trabajador y variables relacionadas con el trabajo, conciliación y salud

Apéndice B: Cuestionario de medida de *riesgos psicosociales* DECORE (2 hojas)

Apéndice C: Cuestionario de medición de *ansiedad* ISRA (4 hojas)

Apéndice D: Cuestionario de medición de *ansiedad* STAI (2 hojas)

Apéndices de los tres estudios, hipótesis y análisis realizados en la investigación

Apéndice E: Tabla 51 Tabla resumen *Estudio 1*

Apéndice F: Tabla 52 Tabla resumen *Estudio 2* (2 hojas)

Apéndice G: Tabla 53 Tabla resumen *Estudio 3*

## Apéndice A

### Cuestionario de datos biográficos del trabajador y variables relacionadas con el trabajo, conciliación y salud

Toda la información será tratada con la más estricta confidencialidad. Por favor siéntase libre a la hora de realizar comentarios. Marque con una cruz en las casillas que correspondan y cumplimente todas las preguntas. Gracias por dedicarnos su tiempo y ayudarnos en nuestra investigación.

EMPRESA o Sector Empresarial.....

Situada en:.....

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Edad:.....

Estado Civil: soltero/a ☐ pareja de hecho ☐ casado/a ☐ divorciado/a ☐ viudo/a ☐

Hijos: No ☐ Si ☐ En caso afirmativo: Nº Hijos..... Edades.....

Nº de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar, nº aproximado ..... además señale la casilla que corresponda:

35 horas o más ..... ☐ 21 a 35 horas ☐ 14 a 21 horas ☐ 14 a 5 horas ☐ 4 horas o menos ☐

Nº de horas semanales dedicadas al cuidado y educación de los hijos, señale la casilla que corresponda (si tiene hijos):

35 horas o más .... ☐ 21 a 35 horas ☐ 14 a 21 horas ☐ 14 a 5 horas ☐ 4 horas o menos ☐

\*Nivel de ESTUDIOS: Primarios o similar ☐ Secundarios o similares ☐ Estudios medios (FP, etc) ☐

Universitarios acabados, Diplomado ☐ Universitarios acabados, Licenciado ☐

Comentarios sobre los estudios.....

\*TRABAJO: Puesto de trabajo actual: .....

Nº de años trabajados en total:..... Nº de años o meses en el trabajo actual:.....

Nº horas semanales que trabaja actualmente: ..... Tipo de Jornada: continuada ☐ partida ☐

ESTOY MUY SATISFECHO EN MI TRABAJO: Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Indeciso ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐

ESTOY MUY ESTRESADO EN MI TRABAJO: Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Indeciso ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐

ME ENCuentro MUY MOTIVADO EN MI TRABAJO: Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Indeciso ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐

\*SALUD : Ha padecido en el último año alguna de las dolencias descritas a continuación u otra:

Dolores de Cabeza ☐ Trastornos cardiovasculares ☐ Trastornos musculo esqueléticos ☐

Problemas gástricos ☐ Alergias ☐ Estrés, ansiedad o depresión ☐

Otros.....

En los últimos dos meses ha tomado algún medicamento relacionado con su salud SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo indique en relación con qué dolencia/s .....

Algún comentario sobre su salud.....

TABACO: ¿Ha fumado Vd. alguna vez? SI ☐ NO ☐

En la actualidad: FUMA: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo nº cigarrillos al día.....

\*Practica ALGUN DEPORTE o ACTIVIDAD SIMILAR fuera de las horas de trabajo. SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo indique el deporte o actividad y cuantas horas le dedica a la semana

.....

HA TERMINADO ESTE INFORME, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES Y PASE A LA SIGUIENTE HOJA

## Apéndice B

### Cuestionario de medida de riesgos psicosociales DECORE 1/2

# DECORE

#### INSTRUCCIONES

En el dorso de esta página aparecen varias afirmaciones sobre diferentes aspectos relacionados con el trabajo. Por favor, lea atentamente cada frase con atención y escoja la opción que se ajuste más a su opinión indicando si está:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

Responda a cada una de las afirmaciones rellenando completamente el óvalo correspondiente a la opción elegida, pero sin salirse. Vea el ejemplo que se recoge en el recuadro inferior. No existen respuestas correctas o incorrectas así que, por favor, conteste con sinceridad y no deje ninguna cuestión sin contestar.

#### INSTRUCCIONES SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR

- Utilice lapicero (n.º 2 preferentemente).
- Si se equivoca, borre totalmente.
- No doble ni arrugue esta hoja.

Rellene completamente

CORRECTO



INCORRECTO



#### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



Autores: L. Luceño y J. Martín.  
Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., que se reserva todos los derechos. Prohibida la reproducción total o parcial - Edita TEA Ediciones, S.A., Fray Bernardino de Sahagún, 24- 28036 MADRID - ESPAÑA. Printed in Spain. Impreso en España



## Apéndice B

### Cuestionario de medida de riesgos psicosociales DECORE 2/2

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
1	Mi trabajo exige utilizar habilidades complejas o de alto nivel de especialización. (1 2 3 4 5)				
2	Confío en mis compañeros de trabajo cuando tengo algún problema. (1 2 3 4 5)				
3	Puedo decidir el orden en el que realizo el trabajo. (1 2 3 4 5)				
4	Considero que el dinero que recibo por realizar mi trabajo es adecuado. (1 2 3 4 5)				
5	Mis compañeros de trabajo siempre están dispuestos a escuchar mis problemas. (1 2 3 4 5)				
6	Si trabajo más duro gano más dinero. (1 2 3 4 5)				
7	Mi trabajo requiere un alto nivel de esfuerzo mental y de concentración. (1 2 3 4 5)				
8	Normalmente no puedo hacer planes, porque no sé de antemano qué días trabajo y cuáles no. (1 2 3 4 5)				
9	Recibo beneficios adicionales unidos a mi productividad. (1 2 3 4 5)				
10	El trabajo que realizo requiere el uso conjunto de conocimientos. (1 2 3 4 5)				
11	No puedo tomarme las vacaciones ni los días libres cuando yo quiero. (1 2 3 4 5)				
12	Las interacciones entre compañeros son muy escasas. (1 2 3 4 5)				
13	El trabajo que realizo requiere mucha cooperación con otras personas. (1 2 3 4 5)				
14	Gano muy poco dinero a pesar de lo que me esfuerzo en el trabajo. (1 2 3 4 5)				
15	No dispongo de ninguna flexibilidad dentro de mi horario de trabajo. (1 2 3 4 5)				
16	Sufro aislamiento social en mi trabajo. (1 2 3 4 5)				
17	En mi puesto de trabajo es habitual tener que hacer horas extras para poder acabar todas las tareas. (1 2 3 4 5)				
18	Yo establezco mi propio ritmo de trabajo. (1 2 3 4 5)				
19	Los trabajadores no tienen suficientes oportunidades de ayudarse entre sí en caso necesario. (1 2 3 4 5)				
20	Considero que mi salario es justo. (1 2 3 4 5)				
21	Con el paso del tiempo mi trabajo se está haciendo cada vez más complicado. (1 2 3 4 5)				
22	En caso de necesidad puedo fácilmente tomarme un descanso. (1 2 3 4 5)				
23	Con frecuencia los demás departamentos no prestan el suficiente apoyo. (1 2 3 4 5)				
24	Creo que la política salarial de mi compañía es adecuada. (1 2 3 4 5)				
25	Puedo abandonar con facilidad el lugar de trabajo por un breve plazo de tiempo, cinco o diez minutos. (1 2 3 4 5)				
26	Mis jefes me ayudan si tengo problemas con el trabajo. (1 2 3 4 5)				
27	Las perspectivas futuras de aumentos de salario son buenas. (1 2 3 4 5)				
28	Siento una gran presión de tiempo al realizar mi trabajo. (1 2 3 4 5)				
29	Las consecuencias de mis errores son graves, por lo que el trabajo que realizo requiere gran responsabilidad. (1 2 3 4 5)				
30	Mis jefes y compañeros muestran una actitud positiva hacia mi trabajo. (1 2 3 4 5)				
31	Puedo interrumpir mi trabajo si es necesario. (1 2 3 4 5)				
32	Los trabajadores disponemos de ayudas suficientes para nuestros hijos, como por ejemplo, ayudas para guarderías, colegios, libros, etc. (1 2 3 4 5)				
33	Dispongo de muy poca libertad para decidir el modo de hacer el trabajo. (1 2 3 4 5)				
34	Las relaciones con mis compañeros son buenas. (1 2 3 4 5)				
35	Es habitual que tenga que ocuparme de varias tareas al mismo tiempo. (1 2 3 4 5)				
36	Estoy satisfecho con mi salario. (1 2 3 4 5)				
37	Generalmente hay unas buenas relaciones en el lugar de trabajo. (1 2 3 4 5)				
38	Los trabajadores disfrutamos de importantes paquetes de beneficios por pertenecer a la organización. (1 2 3 4 5)				
39	Una gran parte de mi trabajo lo hago en casa porque en mi trabajo no tengo suficiente tiempo. (1 2 3 4 5)				
40	Mis jefes me ayudan si tengo problemas fuera del trabajo. (1 2 3 4 5)				
41	Trabajo más horas de las debidas. (1 2 3 4 5)				
42	En mi trabajo tengo fácil acceso a compañeros y superiores. (1 2 3 4 5)				
43	Creo que tendré unas buenas condiciones de jubilación cuando llegue el momento. (1 2 3 4 5)				
44	Mi trabajo es exigente desde el punto de vista emocional, debido, por ejemplo, al contacto con pacientes, clientes, alumnos, etc. (1 2 3 4 5)				

HA TERMINADO.  
COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.

## Apéndice C

### Cuestionario de medición de ansiedad ISRA 1/4

# ISRA

Apellidos y nombre:

Edad:  Sexo: V ☐ M ☐ Estado civil:  Fecha:

Centro:  Curso/Puesto:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca  
1 Pocas veces  
2 Unas veces sí, otras veces no  
3 Muchas veces  
4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1 Si un problema me preocupa mucho.	0. En absoluto, ni se me ocurre. 1. Sólo la intención de que los vea en todo. 2. No pocas ocasiones de en todo. 3. Siempre dificultades para dormir. 4. Mucha en sueño.	
2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.		

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 3. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

**CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO**

La última cuestión (nº 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.  
Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si se presenta uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el propio interés, NO LA UTILICE - Printed in Spain - Impreso en España.

## Apéndice C

### Cuestionario de medición de ansiedad ISRA 2/4

C

○ **Clave:**

1 Pocas veces

2 Una vez sí, otras veces no

3 Muchas veces

4 Casi siempre

	SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.								
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.								
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.								
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.								
5	En mi trabajo o cuando estudio.								
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.								
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, me rodea, o si estoy en una situación sexual íntima.								
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.								
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o cuando tengo que ser evaluado regularmente.								
10	Si tengo que hablar en público.								
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, burlado, humillado, solo o rechazado.								
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.								
13	Después de haber cometido algún error.								
14	Ante la consulta del dentista, las injecciones, las heridas o la sangre.								
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.								
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.								
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.								
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.								
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.								
20	Al observar escenas violentas.								
21	Por nada en concreto.								
22	A la hora de dormir.								
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas reacciones o conductas:								
ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL



## Apéndice C

### Cuestionario de medición de ansiedad ISRA 3/4

**IF**

0 Casi nunca  
1 Pocas veces  
2 Unas veces sí, otras veces no  
3 Muchas veces  
4 Casi siempre

**RESPUESTAS**

1. Siempre o casi siempre en el trabajo.  
2. Siempre o casi siempre en la vida.  
3. Siempre o casi siempre en la vida.  
4. Siempre o casi siempre en la vida.  
5. Siempre o casi siempre en la vida.  
6. Siempre o casi siempre en la vida.  
7. Siempre o casi siempre en la vida.  
8. Siempre o casi siempre en la vida.  
9. Siempre o casi siempre en la vida.  
10. Siempre o casi siempre en la vida.  
11. Siempre o casi siempre en la vida.  
12. Siempre o casi siempre en la vida.  
13. Siempre o casi siempre en la vida.  
14. Siempre o casi siempre en la vida.  
15. Siempre o casi siempre en la vida.  
16. Siempre o casi siempre en la vida.  
17. Siempre o casi siempre en la vida.  
18. Siempre o casi siempre en la vida.  
19. Siempre o casi siempre en la vida.  
20. Siempre o casi siempre en la vida.  
21. Siempre o casi siempre en la vida.  
22. Siempre o casi siempre en la vida.  
23. Siempre o casi siempre en la vida.

**SITUACIONES**

1. Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.

2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.

3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.

4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.

5. En el trabajo o cuando estudio.

6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.

7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, acostándose, o si estoy en una situación sexual íntima.

8. Cuando alguien me insulta o cuando discuto.

9. Cuando soy observado o en un trabajo no supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pareo ser evaluado negativamente.

10. Si tengo que hablar en público.

11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, burlado, humillado, solo o rechazado.

12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.

13. Después de haber cometido algún error.

14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la cirugía.

15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.

16. Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros.

17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.

18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.

19. En lugares altos, o ante aguas profundas.

20. Al observar escenas violentas.

21. Por nada en concreto.

22. A la hora de dormir.

23. Escriba una situación en la que usted se sintiera frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:

**OBSERVACIONES**

**SS**

**ASÉGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO**

**TOTAL : 2 =**

## Apéndice C

### Cuestionario de medición de ansiedad ISRA 4/4

**M**

0 Casi nunca  
1 Pocas veces  
2 Unas veces sí, otras veces no  
3 Muchas veces  
4 Casi siempre

**RESPUESTAS**

1. Una vez  
2. Pocas veces  
3. Unas veces sí, otras veces no  
4. Muchas veces  
5. Casi siempre

**SITUACIONES**

1. Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.

2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.

3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.

4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.

5. En mi trabajo o cuando estudio.

6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.

7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.

8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.

9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siento que pueda ser evaluado negativamente.

10. Si tengo que hablar en público.

11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, humillado, solo o rechazado.

12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.

13. Después de haber cometido algún error.

14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.

15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.

16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.

17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.

18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.

19. En lugares altos, o ante aguas profundas.

20. Al observar escenas violentas.

21. Por nada en concreto.

22. A la hora de dormir.

23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:

**OBSERVACIONES**

**TOTAL**

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO.

## Apéndice D

### Cuestionario de medición de ansiedad STAI 1/2

#### A-E

#### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado ...	0	1	2	3
2. Me siento seguro ...	0	1	2	3
3. Estoy tenso ...	0	1	2	3
4. Estoy contrariado ...	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) ...	0	1	2	3
6. Me siento alterado ...	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras ...	0	1	2	3
8. Me siento descansado ...	0	1	2	3
9. Me siento angustiado ...	0	1	2	3
10. Me siento confortable ...	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
12. Me siento nervioso ...	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado ...	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido) ...	0	1	2	3
15. Estoy relajado ...	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho ...	0	1	2	3
17. Estoy preocupado ...	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado ...	0	1	2	3
19. Me siento alegre ...	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien ...	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

**Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.**



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1988 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.

Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35605 - 1988.

## Apéndice D

### Cuestionario de medición de ansiedad STAI 2/2

A-R

#### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien ...	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente ...	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar ...	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros ...	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto ...	0	1	2	3
26. Me siento descansado ...	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada ...	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas ...	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ...	0	1	2	3
30. Soy feliz ...	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente ...	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
33. Me siento seguro ...	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades ...	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) ...	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho ...	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia ...	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos ...	0	1	2	3
39. Soy una persona estable ...	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA



Tabla 51

## Apéndice E

Resumen **ESTUDIO 1** Grupo total, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados

Nº	Estudio	HIPÓTESIS	Análisis realizados	Resultados	Se cumple
1	Relación entre riesgos psicosociales, ansiedad y estrés	<b>1. Los riesgos psicosociales evaluados con DECORE predicen ansiedad y estrés en los trabajadores.</b>	<p><b>Ecuación de regresión</b> Variable independiente DECORE y variable dependiente Ansiedad Total ISRA</p> <p><b>Ecuación de regresión</b> Variable independiente DECORE y variable dependiente Ansiedad Estado STAI</p> <p><b>Matriz de correlaciones entre variables evaluadas con : DECORE, STAI e ISRA</b></p>	<p>El <b>CONTROL</b> es la variable predictora para pronosticar la <b>Ansiedad Total (ISRA)</b>.</p> <p>El <b>CONTROL Y EL APOYO ORGANIZACIONAL</b> son las variables predictoras para pronosticar la <b>Ansiedad Estado (STAI)</b>.</p> <p>Existen correlaciones estadísticamente significativas, en el grupo entre los riesgos psicosociales y la ansiedad medida con STAI y con algunos tipos de ansiedad medidos con ISRA. La mayor correlación en DECORE se da entre <b>Apoyo organizacional y Control</b>. Todos los tipos de ansiedad medidos con ISRA y STAI presentan correlaciones altas entre ellos. En cuanto a la relación entre riesgos psicosociales y ansiedad (DECORE e ISRA y STAI): <b>Apoyo organizacional:</b> correlaciona con Ansiedad Rasgo y Estado STAI y solo con Ansiedad Cognitiva y Total de ISRA. <b>Demandas cognitivas:</b> no hay ninguna correlación estadísticamente significativa con ningún tipo de ansiedad. <b>Control:</b> correlaciona con todos los tipos de ansiedad de ISRA y STAI. <b>Recompensas:</b> correlaciona con STAI Ansiedad Rasgo y Estado. Con ningún tipo de ansiedad medida con ISRA. <b>Los tres índices de riesgo</b> correlacionan con todas las ansiedades medidas con STAI e ISRA a excepción del índice demandas recompensas que no correlaciona con ansiedad cognitiva.</p>	<p>En parte.</p> <p>En parte.</p>



Tabla 52

## Apéndice F

Resumen **ESTUDIO 2** Grupo de hombres y de mujeres, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados (1ª parte)

Nº	Estudio	HIPÓTESIS	Análisis realizados	Resultados
2	Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan		<b>Matriz de correlaciones entre variables evaluadas de :</b> DECORE, STAI e ISRA	<p>Existen correlaciones estadísticamente significativas, en el grupo de hombres y en el grupo de mujeres entre los riesgos psicosociales y la ansiedad medida con STAI y con algunos tipos ansiedad medidos con ISRA.</p> <p>La mayor correlación en DECORE se da entre <b>Apoyo Organizacional y Control</b>. Todos los tipos de ansiedad medidos con ISRA y STAI presentan correlaciones altas entre ellos. En el grupo de hombres y de mujeres En cuanto a la relación entre riesgos psicosociales y ansiedad (DECORE e ISRA y STAI):</p> <p><b>Apoyo organizacional:</b> Correlaciona con Ansiedad Rasgo y Estado STAI en el grupo de hombres y mujeres y solo con Ansiedad Cognitiva de ISRA en los hombres.</p> <p><b>Demandas cognitivas:</b> no existe ninguna correlación estadísticamente significativa con ningún tipo de ansiedad.</p> <p><b>Control:</b> Correlaciona en el grupo de hombres y mujeres con STAI Ansiedad Rasgo y Estado y en los hombres correlaciona también con ansiedad Cognitiva de ISRA.</p> <p><b>Recompensas:</b> Correlaciona solo con Ansiedad Estado STAI en las mujeres, en el grupo de hombres con ningún tipo de ansiedad.</p> <p><b>Los tres índices de riesgo</b> correlacionan con todas las ansiedades medidas con STAI. Además con Ansiedad Motora el IGR en el grupo de mujeres y en los hombres el índice demandas-control con Ansiedad Cognitiva de ISRA</p>

Tabla 53

## Apéndice F (continuación)

Resumen **ESTUDIO 2** Grupo de hombres y de mujeres, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados (2ª parte)

Nº	Estudio	HIPÓTESIS	Análisis realizados	Resultados	Se cumple
2	Diferencias en la percepción de riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, satisfacción, motivación y salud en hombres y mujeres que trabajan	<b>2 La percepción de riesgos psicosociales es mayor en mujeres que en hombres con diferencias estadísticamente significativas</b>	<b>ANOVA</b> análisis varianza de la variable sexo para: Factores DECORE e índices	La percepción de estrés y riesgos psicosociales es mayor en las mujeres que en los hombres, las diferencias son estadísticamente significativas en <b>CONTROL Y RECOMPENSAS y en los TRES ÍNDICES DE RIESGOS.</b>	En parte
		<b>3 La ansiedad es mayor en mujeres que en hombres con diferencias estadísticamente significativas</b>	<b>ANOVA</b> análisis varianza de la variable sexo para: Escala de ansiedad ISRA y Escalas de ansiedad STAI	La <b>ANSIEDAD</b> es mayor en las mujeres que en los hombres con diferencias estadísticamente significativas en las escalas del <b>ISRA</b> y en las de <b>STAI</b> .	√
		<b>4 Las mujeres están menos satisfechas, más estresadas y menos motivadas en el trabajo que los hombres con diferencias estadísticamente significativas</b>	<b>ANOVA</b> análisis varianza de la variable sexo para: - Satisfacción, Estrés y Motivación	La satisfacción y motivación es mayor en los hombres que en las mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres se encuentran más estresadas con diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres.	En parte
		<b>5 Respecto a la salud: Las dolencias, el consumo de medicamentos y de tabaco son mayores en las mujeres que en los hombres, sin embargo, la práctica de deporte es mayor en los hombres que en las mujeres</b>	<b>Tabla de contingencias y Chi-cuadrado</b> variable dependiente sexo para: Dolencias, Medicamentos Consumo tabaco y Práctica deporte	Las mujeres tienen más dolencias, consumen más medicamentos y consumen más tabaco que los hombres. Los hombres practican más deporte que las mujeres.	√
			<b>Análisis discriminante</b> :variable dependientes sexo y 1- Variable independiente DECORE 2-Variable independiente STAI	1- Unas puntuaciones por encima de la media en <b>RECOMPENSAS y CONTROL</b> , predicen que los trabajadores son mujeres y puntuaciones negativas se ajustan al patrón de hombres. 2- La <b>ANSIEDAD RASGO</b> es la que discrimina entre hombres y mujeres siendo las puntuaciones por encima de la media las que corresponden a las mujeres.	



Tabla 54

## Apéndice G

Tabla resumen **ESTUDIO 3** Conciliación horas trabajo y tareas hogar, hipótesis, análisis realizados en la investigación y resultados

Nº	Estudio	HIPÓTESIS	Análisis realizados	Resultados	Se cumple
3	Conciliación vida laboral y familiar	<b>6- Las mujeres solteras y sin hijos dedican más horas que los hombres solteros sin hijos al trabajo remunerado y a tareas del hogar, sin embargo las mujeres casadas con hijos dedican menos tiempo al trabajo y más horas a las tareas del hogar que los hombres casados con hijos</b>	ANOVA análisis varianza de la variable sexo del grupo total, grupo solteros sin hijos, grupo casados con hijos para: Nº horas tareas hogar Nº horas trabajo remunerado	Las <b>mujeres solteras y sin hijos</b> realizan más horas en el hogar y en el trabajo y las <b>mujeres casadas con hijos</b> realizan más horas en el hogar y menos en el trabajo aunque sumando ambas trabajan más que los hombres en ambos casos. <i>Las mujeres del grupo total dedican más horas a las tareas del hogar y los hombres al trabajo remunerado, aunque sumando ambas puntuaciones las mujeres trabajan más horas.</i>	√
		<b>7- Los trabajadores que dedican más horas a las tareas del hogar perciben menores recompensas por su trabajo</b>	ANOVA análisis varianza de la variable horas dedicadas al hogar por tramos para: Dimensiones DECORE	Los trabajadores que <b>trabajan más horas</b> en el hogar tienen una <b>percepción peor</b> de las <b>RECOMPENSAS</b> recibidas por el trabajo realizado.	√
		La variable percepción de las recompensas en el trabajo es capaz de predecir el número de horas dedicadas a las tareas del hogar	<b>Ecuación de regresión</b> Variable independiente DECORE y Variable dependiente nº horas tareas del hogar	Las <b>RECOMPENSAS</b> predicen las horas efectuadas en el <b>hogar</b> , los que perciben menores recompensas en su trabajo efectúan más horas en el hogar.	√
		<b>8- La variable Demandas cognitivas en el trabajo es capaz de predecir el número de horas dedicadas al trabajo remunerado</b>	<b>Ecuación de regresión</b> Variable independiente DECORE y Variable dependiente nº horas trabajo	Las mayores <b>DEMANDAS COGNITIVAS</b> predicen las horas efectuadas en el <b>trabajo</b> , los que perciben mayores demandas cognitivas efectúan más horas en el trabajo.	√